



Elisa Seppänen

**NUORTEN ANOREKSIAN ENNALTAEHKÄISY JA VARHAINEN HAVAITSEMI-
NEN KOULUTERVEYDENHUOLLOSSA TOIMIVIEN TERVEYDENHOITAJIEN
NÄKÖKULMASTA**

**NUORTEN ANOREKSIAN ENNALTAEHKÄISY JA VARHAINEN HAVAITSEMI-
NEN KOULUTERVEYDENHUOLLOSSA TOIMIVIEN TERVEYDENHOITAJIEN
NÄKÖKULMASTA**

Elisa Seppänen
Opinnäytetyö
Syksy 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan yksikkö
Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä: Elisa Seppänen

Opinnäytetyön nimi: Nuorten anoreksian ennaltaehkäisy ja varhainen havaitseminen kouluterveydenhuollossa toimivien terveydenhoitajien näkökulmasta

Työn ohjaajat: Kaisa Koivisto ja Tuula Nissinen

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2013

Sivumäärä: 45 + 8 liitesivua

Useiden tutkimusten mukaan nuoruuden häiriöt ja sairaudet lisääntyvät jatkuvasti. Valtakunnallisissa ohjelmissa painopisteeksi on määritelty varhainen puuttuminen ongelmiin sekä niiden havaitseminen. Tutkimuksen idea on hoitotyön yliopettajalta Kaisa Koivistolta. Tutkimus toteutettiin yhteistyössä lähialueen kunnan kanssa.

Tutkimuksen tarkoitus oli kuvailla nuorten anoreksian ennaltaehkäisyä ja varhaista havaitsemista kouluterveydenhuollossa työskentelevien terveydenhoitajien kokemana. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa työelämään tutkimustuloksia, jotta hoitohenkilökunta saa tutkittua tietoa oman alueen hoitotyöstä. Oman ammatillisen osaamisen kehittäminen ennaltaehkäisevässä mielenterveys-työssä sekä nuorten hoitotyössä oli oppimistavoitteeni.

Opinnäytetyö oli laadullinen tutkimus, jossa oli kaksi tutkimustehtävää. Tutkimus toteutettiin keväällä 2013 yhteistyössä yhteistyötahon kanssa. Tutkimus toteutettiin yksilöllisesti kouluterveydenhoitajille tehtävän teemahaastatteluna. Haastateltavia tutkimukseen valikoitui kolme. Yksi haastatteluista toteutettiin esihaastatteluna. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Kouluterveydenhoitajien kokemuksen mukaan sairaus ilmenee vastaanottotilanteissa. Nuoren läheiset saattavat myös ottaa kouluterveydenhoitajaan yhteyttä ja ilmaista huolensa nuoresta. Kouluterveydenhoitajat tunnistavat sairauden tilanteen kokonaisvaltaisella kartoituksella vuorovaikutuksessa nuoren kanssa. Sairastumisvaarassa olevilla nuorilla on kouluterveydenhoitajien mukaan usein taustalla suuria elämäntapahtumia. Sairastuneet ovat olleet pääosin naisia ja pääosin yläaste- tai lukioikäisiä. Auttamismenetelminä vastaanotolla kouluterveydenhoitajat käyttivät keskustelua, motivointia, itsehoitoon ohjausta, perheen ja yhteistyökumppaneiden mukaan ottamista. Haasteina vastaanotolla on sairauden tunnistamisen vaikeus, nuoren sairautentunnon puute, hoitajien koulutuksen puute, tietokatkokset terveystiedoissa sekä jatkohoidon järjestäminen.

Tutkimukseni toi tutkittua tietoa terveydenhoitajien kokemuksista anoreksian ilmenemisestä ja varhaisesta havaitsemisesta kouluterveydenhuollossa. Sairauden tunnistaminen koettiin haastavaksi. Moniammatillisen yhteistyön ja perheen rooli korostui nuoren hoidossa. Työkokemuksen tuoma varmuus ja osaaminen koettiin voimavarana sairastuneen kohtaamisessa. Jatkotutkimusaiheeksi esitän keinojen etsimistä anoreksian ennaltaehkäisyyn. Hoitotyöhön kaivataan myös apuvälineitä varhaisen havaitsemisen tueksi.

Asiasanat: anoreksia, nuoruus, kouluterveydenhoito, varhainen havaitseminen, ennaltaehkäisy

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

Author: Elisa Seppänen

Title of thesis: The Prevention and Early Detection of Anorexia Nervosa Among Adolescents in School Health Care

Supervisor(s): Kaisa Koivisto and Tuula Nissinen

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2013

Number of pages: 45 + 8 appendix pages

Several studies indicate that various disorders among adolescents are growing. Many national programmes emphasize the meaning of prevention and early stage detection when it comes to disorders. The idea of the study came from my teacher Kaisa Koivisto. The study was conducted together with the nearby municipality.

The purpose of this study was to examine the experiences that school nurses had of detecting and preventing anorexia nervosa.

This study was qualitative. The study was executed by interviewing school nurses about their experiences of the subject. Three theme interviews were carried out. The material was analyzed with the method of content analysis.

According to the school nurses the disorders could be detected when adolescents visited a school nurse in their office or when others expressed their concerns of the adolescent. The school nurses detected anorexia nervosa by evaluating the complete situation of the adolescent. Adolescents who had anorexia nervosa had big life events on their background. Adolescents suffering from anorexia nervosa were mostly women between ages 15 and 18 years. The prevention methods that school nurses used were discussion, motivation, guidance for self-care and involving family and multiprofessional teams in treatment.

School nurses said that it was difficult to detect anorexia nervosa among adolescents. The role of multiprofessional team and family was highlighted in the treatment of the adolescent. School nurses revealed that experience in the work field helped nurses encounter with the illness.

The proper tools are needed for health care nurses to detect eating disorders at an early stage.

Keywords : anorexia nervosa, youth, school health care nurse, early detection, prevention

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT.....	4
1 JOHDANTO	7
2 KOULUTERVEYDENHUOLLON ROOLI NUORTEN ANOREKSIAN ENNALTAEHKÄISYSSÄ JA VARHAISESSA HAVAITSEMISESSA.....	8
2.1 Nuoren kehitys	8
2.2 Anoreksiaan sairastuminen	10
2.3 Nuorten hoitotyö.....	21
2.4 Nuoren hoitotyö kouluterveydenhuollossa.....	21
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	24
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	25
4.1 Metodologia.....	25
4.2 Tiedonantajien valinta	25
4.3 Aineiston keruu ja tutkimusmenetelmä.....	26
4.4 Aineiston analyysi	28
5 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTELMÄT	29
5.1 Kouluterveydenhoitajien kokemukset anoreksian ilmenemisestä ja tunnistamisesta vastaanotolla.....	29
5.2 Kouluterveydenhoitajien kokemukset anoreksiaan sairastumisvaarassa olevista nuorista .	31
5.3 Anoreksiaan sairastumisvaarassa olevan nuoren auttamismenetelmät kouluterveydenhoitajan vastaanotolla	32
5.4 Haasteet anoreksiaan sairastuneen nuoren hoidossa kouluterveydenhoitajan näkökulmasta	33
6 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET	35
7 POHDINTA.....	37

7.1 Tutkimuksen eettisyys.....	37
7.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	38
7.3 Omat oppimiskokemukset ja jatkotutkimusaiheet.....	39
LÄHTEET.....	42
LIITTEET	45

1 JOHDANTO

Suomessa 17 %:lla kouluikäisistä on jokin pitkäaikaissairaus (Aalberg & Siimes 2007, 262). Eräs nuorten häiriöistä ja pitkäaikaissairauksista on anoreksia. Tällä tarkoitetaan itse aiheutettua nälkiintymistilaa ja laihuushäiriötä. Länsimaissa anoreksia on nykyisin yksi tyypillisimmistä nuorten tyttöjen häiriöistä. (Aalberg & Siimes 2007, 266).

Monissa valtakunnallisissa ohjelmissa painopisteiksi on määritelty ennaltaehkäisy, varhainen puuttuminen sekä terveyden edistäminen. Esimerkiksi kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa painotetaan mielenterveysongelmien haittojen ehkäisyä sekä mielenterveyden edistämistä. (Aalto, Bäckmand, Haravuori, Lönnqvist, Marttunen, Melartin, Partanen, Partonen, Seppä, Suomalainen, Suokas, Suvisaari, Viertiö & Vuorilehto 2009, 3.)

Opinnäytetyöni aihe on ”Nuorten anoreksian ennaltaehkäisy ja varhainen havaitseminen kouluterveydenhuollossa”. Idea opinnäytetyölleni nuorten anoreksiasta on peräisin hoitotyön yliopettajalta Kaisa Koivistolta. Pohdimme yhdessä opinnäytetyön aihetta suuntautumisvaihtoehtoni ollessa vielä epävarma. Aiheeksi valikoitui nuorten anoreksia, koska sairaus on psykiatrinen mutta näkyy myös vahvasti somaattisina oireina. Anoreksian moniulotteisuus sai minut kiinnostumaan aiheesta enemmän ja päädyin valmistavan seminaarin jälkeen siirtämään työni painopisteen ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen havaitsemiseen kouluterveydenhuollossa.

Tein kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen anoreksian ennaltaehkäisystä sekä varhaisesta havaitsemisesta kouluterveydenhuollossa. Tutkimuksen tarkoitus oli kuvailla nuorten anoreksian ennaltaehkäisyä ja varhaista havaitsemista kouluterveydenhuollossa työskentelevien terveydenhoitajien kokemana. Tutkimukseni tavoitteena oli tuottaa tutkimustuloksia kouluterveydenhoitajien kokemuksista.

2 KOULUTERVEYDENHUOLLON ROOLI NUORTEN ANOREKSIAN ENNALTAEHKÄISYSSÄ JA VARHAISESSA HAVAITSEMISESSA

2.1 Nuoren kehitys

Nuoruus ikävaiheena käsittää useita psykososiaalisia muutoksia henkilön elämässä. Fyysisen kehityksen näkökulmasta se tarkoittaa aikuiseksi kasvamista. (Vilkko-Riihelä & Laine 2012, 108 ; Kronqvist & Pulkkinen 2007, 166.) Aikuistuminen tarkoittaa eri kulttuureissa eri asioita, individualistisissa kulttuureissa päämääräksi koetaan yksilöllisyys. Perinteikkäämmissä yhteiskunnissa yhteisön hyvinvointi on päämääränä. (Kronqvist & Pulkkinen 2007, 166.) Nuoruuden vaiheita on kolme. Varhaisnuoruus käsittää ikävuodet 11–14 vuoteen. Tähän vaiheeseen liitetään usein käsite murrosikä, koska silloin tapahtuvat biologisesti suurimmat muutokset. Psykososiaalisesti pinnalla varhaisnuoruudessa ovat auktoriteetteja vastaan kapinointi ja sosiaalisten suhteiden luominen omien ikätoverien kanssa. Keskinuoruus sijoittuu 14–18 ikävuoden välille. Siinä korostuvat identiteettikysymykset ja pyrkimykset selkeyttää minäkokemuksia. Myöhäisnuoruus ajoittuu ikävuosiin 19–25. Tässä vaiheessa identiteettiin liittyvät kysymykset laajenevat ja ideologiset teemat tulevat ajankohtaisiksi. Tärkeää nuorelle on myös oman paikan löytäminen maailmassa. (Kronqvist & Pulkkinen 2007, 166–167.)

Nuoruuden fyysinen kehitys sijoittuu varhais- ja keskinuoruuteen. Murrosikä käynnistyy sukupuolihormonien erityksen alkaessa ja fyysiset muutokset kohti aikuisuutta alkavat kehossa. (Kronqvist & Pulkkinen 2007, 167–168 ; Vilkko-Riihelä & Laine 2012, 112.) Fyysisten muutosten ja ulkonäön avulla nuori rakentaa identiteettiään (Vilkko-Riihelä & Laine 2012, 112). Kehittyvään kehoonsa nuori voi suhtautua monella tavalla. Hämmennystä voivat aiheuttaa kehon muutokset ja seksuaaliset tarpeet. Nuori voi tuntea häpeää ja toisaalta suhtautua itseensä ihailevasti. (Kronqvist & Pulkkinen 2007, 168.) Seksuaalinen identiteetti kehittyy nuoruudessa oman kehoon tutustumisella ja ensimmäiset seksikokeilut tulevat ajankohtaiseksi (Vilkko-Riihelä & Laine 2012, 135). Nuorelle on tärkeää kohdata seksuaalisuutensa vasta, kun on itse siihen valmis. (Kronqvist & Pulkkinen 2007, 168.)

Sosiaalinen kehitys nuoruudessa näkyy etäännyksenä vanhemmista ja kaverisuhteista tulee tärkeitä. Nuoren tarve itsenäistyä ja saada yksityisyyttä kasvaa. Vanhemman ja nuoren suhde vaikuttaa nuoren hyvinvointiin. Heidän välilleen tulee jatkuvasti konflikteja ja nuoren tarve irrottaua

tua vanhemmista kasvaa. (Kronqvist & Pulkkinen 2007, 181.) Nuoren ja vanhemman konfliktit edistävät nuoren itsenäisyyden ja identiteetin kehittymistä. (Vilkko-Riihelä & Laine 2012, 122.) Nuoruudessa yksilö myös harjoittelee sosiaalisia taitoja sosiaalisten suhteiden ylläpitoa ystävyys-suhteiden muodossa. Ystävyys-suhteet voivat tukea kehitystä ja hyvinvointia, mutta ne voivat myös tuoda mukanaan kielteisiä asioita, kuten ahdistusta. (Kronqvist & Pulkkinen 2007, 184–185.)

Kognitiivinen kehitys ja persoonallisuuden kehitys koostuu useasta tekijästä. Nuoren kehittyessä kognitiivisesti ajattelun minäkeskeisyys vähenee. Nuori alkaa ymmärtää toisten mielipiteitä ja asioita uusista näkökulmista. Piaget'n (1966) teorian mukaan looginen ajattelu on saavutettu 16-vuotiaana. Nykykäsitys kertoo ajattelun kehittyvän hitaasti. Nuoren maailmankuva laajenee. Nuoren moraalia ohjeistavat hänen sisäistämänsä periaatteet. Kohlbergin (1973) moraaliteorian mukaan moraalit kehittyvät vaiheittain. Moraaliteorian ajatellaan sopivan lähinnä rajoitetusti länsimäisiin kulttuureihin. Moraalikäsitys on kulttuurien ohjailemaa. (Vilkko-Riihelä & Laine 2012, 114–119.)

Nuoruuden keskeiset kehityshaasteet ovat; oman identiteetin, yksilöllisyyden ja erillisyyden löytäminen. (Kronqvist & Pulkkinen 2007, 173.) Identiteetti voidaan määritellä käsitykseksi itsestä sekä siitä kuka yksilö on ja mihin hän kokee kuuluvansa (Vilkko-Riihelä & Laine 2012, 110). Persoonallinen identiteetti tarkoittaa yksilöllisyyttä ja ainutlaatuisuutta. Sosiaalisella identiteetillä tarkoitetaan samaistumista sosiaaliseen ryhmään. (Kronqvist & Pulkkinen 2007, 172.) Eheytyneet minäidentiteetti on Eriksonin (1950) teorian mukaan nuoruusiässä tavoitteena. Tällöin nuori työskentelee minuuteen liittyviä kysymyksiä seksuaali-identiteetin, ideologisen ja ammatillisen identiteetin näkökulmasta. (Kronqvist & Pulkkinen 2007, 173.) Kypsän identiteetin saavuttamiseksi nuori tarvitsee rajoja ja vanhempien auktoriteettia. Turvallisen rajoja asettavan aikuisen avulla nuori peilaa tunteitaan. Nuori kritisoi useimmiten vanhemman toimintaa, tämä auttaa nuorta saavuttamaan kypsän identiteetin. Nuori taistelee niitä rajoja vastaan, joita hän tarvitsee ja joita hän etsii. (Vilkko-Riihelä & Laine 2012, 123.)

James Marcian (1966) teoria nuoruusiän kehityskriiseistä kertoo egoidentiteetin olevan keskeisin kehityshaaste nuoruudessa. Egoidentiteetti löytyy vaihtoehtojen tutkimisen, valintojen tekemisen ja kokeilemisen avulla. Identiteetiltään selkiytynyt nuori on sitoutunut valintoihinsa. Identiteetti voi olla myös lainattu, jolloin yksilö on näennäisesti sitoutunut valintoihinsa, vaikka nuoruuden kriisiä

ei ole käyty läpi. Identiteetiltään selkiytymätön nuori on hajanainen, eikä hän kykene sitoutumaan valintoihinsa. (Kronqvist & Pulkkinen 2007, 173–174.)

Minäkäsitys muuttuu ja nuori alkaa nähdä itsensä useasta näkökulmasta. Nuoruudessa ihanneminän luominen on tavallista, se kuvastaa nuoren ulkonäkö- ja kykytoiveita. (Vilkko-Riihelä & Laine 2012, 125.) Suhde omaan kehoon on osa minäkuvaa ja minäkäsitystä. Minäkuvalla voi olla kielteisiä tai myönteisiä vaikutuksia itsetuntoon. (Kronqvist & Pulkkinen 2007, 167–168.) Kehityshaasteet ovat minäkuvan muokkaajina nuoruusiässä. Nuori luo kehitystavoitteita tietoisestikin. Kehityshaasteita muokkaavat myös kulttuuri ja nuoren ympäristö. Ne rakentuvat emotionaalisen itsenäisyyden saavuttamisen, ja avioliittoon, perhe-elämään ja työelämään valmistautumisen ympärille. (Kronqvist & Pulkkinen 2007, 175–176.) Onnistumisen kokemukset kehityshaasteissa vahvistavat nuoren itseluottamusta, positiivisella palautteella on myös sama vaikutus. Jos nuori saa usein huonoja kokemuksia itsestään, hänen olisi tärkeää saada peilata tunteuksiaan ja ajatuksiaan esimerkiksi toisten nuorten kanssa ja muokata realistisempia tavoitteita. Toisaalta myös ympäristön painostus, suuret odotukset ja kielteiset kommentit voivat kuormittaa nuorta. Nuori voi myös itse muokata itselleen liian vaativat tavoitteet. Nuori joutuu pohtimaan itselleen asettamia tavoitteita ja vaatimuksia, kun kohtaa omat rajansa, tällaiset kokemukset ovat nuorelle tärkeitä. (Kronqvist & Pulkkinen 2007, 176.)

Lapsuuden kiintymyssuhde vanhempiin vaikuttaa nuoren kokemukseen itsestään. Murrosiässä nuori hakee kokemuksia parisuhteista seurustelun avulla. Jos nuori on turvallisesti kiintynyt, hänen on mahdollista tunnistaa ja ilmaista omia tarpeitaan. (Kronqvist & Pulkkinen 2007, 177.) Turvallisesti lapsuudessaan kiintynyt nuori uskaltaa nuoruudessa luottaa muihin ihmisiin, eivätkä pettymyksetkään lannista liikaa. Turvallisesti kiintyneen nuoren itsetunto on hyvä. (Vilkko-Riihelä & Laine 2012, 132–133.) Jos nuori on välttelevästi kiintynyt, hän pelkää hylätyksi tulemista (Kronqvist & Pulkkinen 2007, 177–178).

2.2 Anoreksiaan sairastuminen

Anoreksia on yksi nuoruuden häiriöistä ja pitkäaikaissairauksista (Aalberg 2007, 262–287.) Anoreksiassa nuori keskeyttää nuoruusiän kehityksensä, kokien sen ylivoimaiseksi. Samalla hän tiedostamattaan hylkää heräävän seksuaalisuutensa ja taantuu kehityksellisten vaatimusten edessä. (Aalberg 2007, 268.) Anorexia nervosa, eli laihuushäiriön tyypillisin piirre on huomattava laihuus, joka on seurausta tarkoituksellisesta laihduttamisesta. Alle 15-vuotiailla laihuushäiriötä

arvioitaessa painoa verrataan pituuden mukaiseen keskipainoon. Laihuushäiriössä tämä on vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon. Yli 15-vuotiailla laihuushäiriötä arvioidaan painoindeksin avulla. Body mass index saadaan, kun otetaan paino kiloina, jaetaan se pituudella ja kerrotaan kahdella. Laihuushäiriössä BMI ei yleensä ole suurempi kuin 17,5. (Suvisaari & Suokas 2009, 56.)

Tyypillistä sairastuneelle on ruumiinkuvan vääristynyt käsitys ja elämää hallitseva pelko lihomisesta ja lihavuudesta. Laihuuden saavuttamiseksi sairastunut luo itselleen erittäin alhaisen painotavoitteen ja asettaa itselleen niukat rituaalinomaiset ruokailutavat. Sairastunut voi myös käyttää ulostuslääkkeitä, oksentaa tahallisesti, harrastaa liiallista liikuntaa, ruokahalua hillitseviä lääkkeitä tai nesteenpoistoon tarkoitettuja lääkkeitä. Naisilla kuukautiset jäävät pois ja miehillä seksuaalinen mielenkiinto heikkenee laaja-alaisen sisäeritystoiminnan häiriön takia, joka johtuu huomattavasta laihumisesta. Sairaudella on vaikutusta murrosiän kehitykseen. Jos sairastuminen tapahtuu ennen murrosikää, kehitys yleensä pysähtyy tai viivästyy. Toipumisen jälkeen kehitys jatkuu. (Suvisaari & Suokas 2009, 56-57.)

Anoreksian puhkeamisen taustalla on todettu olevan monia syitä. Monet potilaista kertovat, että heidän suhteensa ruokaan ei ole koskaan ollut normaali. Ruuasta ja syömisestä on tullut ongelma ja joidenkin kohdalla sairaus. Kysymys onkin siitä, milloin terveen ja sairaan välinen raja ylittyy. Tämän määrittely onkin hankalaa, kuten esimerkiksi sen milloin alakuloisuus määritellään masennukseksi. Länsimaissa lähes $\frac{3}{4}$ naisista ei suhtaudu kehoonsa, ruokaan ja syömiseen normaalisti ja rennosti. Joillekin syömisestä on tullut keino paeta vaikeita asioita, vaikka siitä ei aina olla tietoisia. Sairastunut ajattelee turvallisinta olevan vähäinen syöminen tai syömättömyys, silloin paino ei ainakaan nouse. (Van der Ster 2005, 14–15.) Yksilölliset tekijät, perheperäiset syyt, kuin myös sosiokulttuuriset tekijät voivat olla taudin taustalla. Anoreksiassa nuori keskeyttää nuoruusiän kehityksensä, kokien sen ylivoimaiseksi. Nuori tiedostamattaan hylkää heidän seksuaalisuutensa ja taantuu kehityksellisten vaatimusten edessä. (Aalberg 2007, 268.)

Altius sairastua syömishäiriöön on puoliksi perintötekijöistä ja puoliksi ihmisen yksilöllisestä elinympäristöstä johtuvaa (Keski-Rahkonen ym. 2008, 35). Tutkimusnäytön mukaan jo raskaudenaikaisilla ympäristötekijöillä voi olla vaikutusta anoreksian puhkeamiseen myöhemmällä iällä. Tutkimusten mukaan akuutti tai pitkäaikainen hapenpuute altistaa erityisesti anoreksian puhkeamiselle. (Raevuori, Niemelä, Keski-Rahkonen, & Sourander 2009, 40–44.) Siihen voivat myös liittyä sukupuolihormonit. Yksilölliset ympäristötekijät ovat suurin osuus, joilla on huomattu olevan

yhteyksiä anoreksian puhkeamiseen. Sairaudella on löydetty olevan yhteyksiä elämäntapahtumiin, kuten vieraaseen ympäristöön muuttamiseen ja kiusatuksi tulemiseen. Myös elämäntapahtumat kuten läheisen sairastuminen, kuolema tai vanhempien avioero näyttävät lisäävän riskiä sairastua. Ratkaisevaa on kuitenkin nuoren oma kokemus elämäntapahtumasta, jotkut reagoivat surulla, toiset esimerkiksi syömishäiriöllä. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 35.) Laihdutus ja paastominen on voinut saada alkunsa painoon kohdistuneesta kriittisestä kommentoinnista. Murrosiän kehityksen alkaminen ja siihen sopeutumisen vaikeudet voivat laukaista syömishäiriön. (Suvisaari & Suokas 2009, 57 ; Keski-Rahkonen ym. 2008, 35.) Perinnöllinen alttius on yksilöllinen riskitekijä. Anoreksiaa sairastavalla on kymmenen kertaa suuremmalla todennäköisyydellä samaa sairastava sukulainen, kuin terveellä henkilöllä. Ajatellaan, että syömishäiriöiden syntyyn vaikuttavia geenejä on monia. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 36.)

Persoonallisuuden piirteistä täydellisyyden tavoittelu, vaativuus ja pakkoneuroottisuus voivat olla altistavia tekijöitä laihuushäiriölle. Vaikuttavana asiana voivat myös olla perheen sisäiset välit. Jos perheessä on esimerkiksi päihteiden käyttöä tai yleistä turvattomuutta, lisää tämä syömishäiriöiden ilmaantuvuutta. (Suvisaari & Suokas 2009, 57 ; Keski-Rahkonen ym. 2008, 38.) Myös traumaattiset tapahtumat on katsottu sairaudelle altistaviksi tekijöiksi (Suvisaari & Suokas 2009, 57).

Länsimaisella kulttuurilla on ajateltu olevan vaikutusta sairauden syntyyn, koska kulttuuriin kuuluu laihuuden ihannointi (Suvisaari & Suokas 2009, 57). Laihuuden ihannointi yleistyi toisen maailmansodan jälkeen, kun elintaso nousi vauhdikkaasti. Populäärikulttuuri alkoi ihannoida pitkiä ja laihoja yksilöitä. Laihuuden ja nuorekkuuden ajateltiin kertovan terveydestä, elinvoimasta, itsekurista ja moraalista ylemmyydestä. Kulttuurissamme myös ruoka ja syöminen ovat pinnalla ja ihmiset haluavat syödä terveellisesti pitkän ja terveen elämän toivossa. Nykyisessä yltäkylläisyydessä on helppo lihoa, mutta vaikea pysyä laihana. Ulkonäkökeskeisessä kulttuurissa nuoret ottavat muuttumisviestit liian vakavasti ja turvautuvat jopa terveydelle haitallisiin keinoihin saavuttaakseen ihanneulkonäkönsä. Media hämmästelee julkisuuden henkilöiden lihomisia ja laihtumisia suurin otsikoin, mikä hämmentää ihmisten käsityksiä. Medialla ja länsimaisella kulttuurilla on todettu antropologisissa tutkimuksissa olevan selkeä yhteys syömishäiriöiden puhkeamiseen. Median vaikutusta tutkittiin Fidžin saarella, jonne televisio tuli vasta 1995. Paikan kauneusihanne muuttui nopeasti parissa vuodessa pyöreyyttä ihannoivasta laihuutta ihannoivaan. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 34.)

Erilaiset harrastukset tai urheilulajit, joissa alhaisella painolla on merkitystä, voivat olla altistavia tekijöitä (Suvisaari & Suokas 2009, 57 ; Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005, 13). Myös ulkonäkökeskeiset ammatit, kuten mallin ura, altistavat nuoria syömishäiriöille. Näissä urheilulajeissa tai ammattilaisyhteisöissä voi esiintyä epäterveellistä joukkue- tai valmennuskulttuuria, joka puoltaa syömishäiriökäyttäytymistä. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 40.)

Nuorten anoreksiaa tunnistetaan kouluterveydenhuollossa. Viive oireiden alkamisesta diagnosoimiseen on usein pitkä ja sairauden tunnistaminen vaikeampaa, kuin muiden mielenterveysongelmien. Tärkeää on kysyä syömiseen liittyvistä ongelmista nuorelta itseltään osana koulu- ja opiskeluterveydenhuollon tarkastuksia. (Suvisaari & Suokas 2009, 58.) Syömishäiriöön sairastunut saattaa hakeutua terveydenhuollon asiakkaaksi erilaisten oireiden vuoksi. Epäselvien vatsavaivojen, gynekologisten ongelmien, hampaiden reikiintymisen ja psyykkisen oireilun takana voi piillä ongelma syömisestä. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005, 10.) ; Suvisaari & Suokas 2009, 58.) Vastaanotolla olisi hyvä käydä läpi nuoren elämäntilannetta, ruokailutottumuksia, mielialaa ja liikuntaa (Suvisaari & Suokas 2009, 58).

Nuoren paino ja pituus on syytä mitata, jos epäily syömishäiriöstä syntyy. Punnitukset tulisi tehdä ilman vaatteita, jotta nähdään mahdollisia muita kehon muutoksia, joita ovat esimerkiksi silminnähtävä laihuus, ihon kunto, karvoitus ja mustelmat. Hyviä laihuushäiriön objektiivisia mittareita ovat paino ja kasvukäyrät. Nuoren ravitsemustilan ja syömiskäyttäytymisen kartoitus on tärkeää selvittää, esimerkiksi ruokapäiväkirjan pidon avulla. (Suvisaari & Suokas 2009, 58.)

Joissain tapauksissa pelkkä varhainen puuttuminen ja puheeksiottaminen voivat auttaa ja lievät häiriöt korjaantua neuvonta- ja seurantakäynneillä. Nuorelle täytyy antaa tietoa syömishäiriöstä, sekä seurauksista, ohjata häntä terveelliseen, säännölliseen ja monipuoliseen ravitsemukseen. Jos paino jatkaa putoamistaan eikä häiriö korjaannu on perusterveydenhuollon käännettävä erikoissairaanhoidon puoleen, ja tarvittaessa lähetettävä nuori erikoissairaanhoidon arvioon ja hoitoon. (Suvisaari & Suokas 2009, 58.)

Syömishäiriöiden tunnistamiseksi on kehitetty SCOFF-syömishäiriöseula. Tämä palvelee erityisesti perusterveydenhuoltoa. Kyseinen mittari kartoittaa laihuus- ja ahmimishäiriöiden tavallisimpia oireita. Seula sisältää viisi kysymystä, kyllä-vastaus antaa yhden pisteen ja ei-vastaus nolla pistettä. Jos henkilö saa seulasta 2-5 pistettä, se viittaa häiriintyneeseen syömiskäyttäytymiseen. Tällöin asiaa on perusteltua selvittää enemmän. SCOFF-mittaria voidaan myös käyttää syömis-

häiriöiden poissulkemisessa. Koska on erittäin harvinaista että nolla pistettä saanut henkilö kärsi syömishäiriöstä. Seula sisältää kysymykset: Oksennatko tuntiessasi olosi epämiellyttävän kyläiseksi? Pelkäätkö menettäväsi hallinnan siihen, kuinka paljon syöt? Onko Sinulla hiljattain ollut 3 kuukautta kestänyttä jaksoa, jolloin laihdut yli kuusi kiloa? Tunnetko itsesi lihavaksi, vaikka muiden mielestä olet liian laiha? Hallitseeko ruoka mielestäsi elämääsi? Seulan voi täyttää potilas itse, tai kysymykset voidaan esittää potilaalle. (Suvisaari & Suokas 2009, 59.) SCOFF-syömishäiriöseulan kysymyksien on todettu toimivan itsenäisinä mittareina. Kysely voi tukea kliinistä arviota hoitajan kohdatessa sairastumisvaarassa olevan nuoren. (Hautala, Alin, Liuksila, Rähä & Saarijärvi 2006, 2137–2144.)

Anoreksian oire ei aina ole alhainen paino. Keho voi olla nälkiintynyt, vaikka henkilö olisikin normaali- tai ylipainoinen. Verikokeet voivat näyttää kaiken olevan kunnossa, vaikka kehossa on vajaaravitsemustila. Monet sairastuneista kokevat että fyysiset oireet johtuvat kontrollin puutteen, joka taas johtaa entistä pahempaan pyrkimykseen pitää kontrollia yllä. (Van der Ster 2005, 81–82.)

Kun ravinnonsaanti on liian niukkaa, elimistön aineenvaihdunta siirtyy säästöliekille (Keski-Rahkonen ym. 2008, 31). Vähäinen energiansaanti aiheuttaa väsymystä, huolestuneisuutta, univaikeuksia, varhaista heräämistä, ummetusta ja muita vatsaongelmia, verenkierron huononemista, mielialan vaihteluita, lihasmassan vähenemistä ja ajatusten kiinnittymistä ruokaan. Kun keho saa liian vähän proteiinia, lihasmassa vähenee, maha turpoaa, esiintyy ripulia, virtsanpidätysvaikeuksia, hiustenlähtöä, turvotuksia ja kasvun pysähtymistä. Hiilihydraattien puutos johtaa verensokerin laskuun, vapinaan, tärinään, ahmimiskohtauksiin, ketoaineiden muodostumiseen, serotoniinivajeeseen, masennukseen ja poissaolevaan tunteeseen. Rasvanpuutos heikentää makuaistia ja johtaa proteiinipuutokseen, joka taas lisää vatsan turpoamista. Infektioherkkyys lisääntyy, haavat paranevat heikosti, pimeännäkö heikkenee ja silmistä tulee valonarkoja ja kirveleviä. Refleksit voivat heikentyä ja pakko-oireita esiintyä. Muisti heikkenee. Vähäinen raudansaanti ravinnosta johtaa sairastuneilla raudanpuuteanemiaan. Raudan tehtäviin kuuluu hapen kuljetus veressä ja punaisten verisolujen hemoglobiinin muodostus. Raudanpuutos vaikuttaa siis koko kehoon. Kun keho ei saa tarpeeksi rautaa, voimat vähenevät, väsymystä ja tarmottomuutta esiintyy. Muita oireita ovat levottomuus, keskittymisvaikeudet, ärtyneisyys, paleleminen, väsymys, univaikeudet, huono kunto ja kalpeus. (Van der Ster 2005, 152-153.) Raudanpuutteen syy täytyy aina selvittää, yleisin syy on raudan menetys verenvuodon vuoksi. Raudanpuute voi

myös johtua ravinnon liian vähäisestä raudan määrästä. Hoitona on rautalääkitys, huomattava anemiaa korjataan verensiirrolla. (Salonen 2011, Hakupäivä 20.2.2012.)

Jos kehossa ei ole tarpeeksi suolaa, voi esiintyä huimausta, päänsärkyä, pahoinvointia, turvotusta aterian aikana ja sen jälkeen, henkilö voi tuntea jatkuvaa virtsaamisen tarvetta, lihasheikkoutta, puutumista ja yöhikoilua. Suolan puutos lisää taipumusta pyörtyilyyn. Vitamiinien puutos voi aiheuttaa mustelmia, nenäverenvuotoa, taipumusta kompasteluun, kömpelyyttä, suu-kielien haavaumia, kuivaa ja hilseilevää ihoa sekä näppyjä raajoissa. (Van der Ster 2005, 80.) Lihasmassa myös vähenee elimistön käyttäessä sitä ravinnokseen. Elimistö käyttää myös aivojen rasvavarastoja ravinnokseen, mikä johtaa aivojen tilavuuden pienenemiseen. Vartalolle kehittyvä untuvaista karvoitusta kun elimistössä on aliravitsemustila. Nuorilla kasvu pysähtyy ja murrosiän kehitys viivästyy. Myös kuukautiset jäävät pois. Kuukautisten poisjäänti taas johtaa vähitellen luuston haurastumiseen. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 31.)

Aikaisin anoreksiaan sairastuneet ja pitkään sairastaneet ovat vaarassa sairastua osteoporoosiin. Osteoporoosi kehittyy 38–50% sairastuneista. Anoreksiaan sairastutaan yleensä nuorena, jolloin myös luumassan kehitys on vauhdissa. (Legroux-Gerot, Vignau, Collier & Cortet, 2004, 489.) Jo lyhyen nälkiintymisjakson jälkeen sairastuneilla on vähän ihonalaiskudoksessa rasvaa, jolloin rasvakudoksessa ei pääse muodostumaan estrogeenia. Estrogeeni suojaa luustoa haurastumiselta. Luuston haurastumisesta harvoin paranee kokonaan, mutta tilanne voi parantua, koska luuston kalsium vaihtuu kymmenen vuoden välein. Tämän takia on tärkeää saada riittävästi kalsiumia ravinnosta. (Van der Ster 2005, 136.)

Laboratoriokokeissa havaitaan usein kuivumisen merkit ja neste- ja suolatasapainon häiriöt, jotka voivat aiheuttaa hengenvaarallisia rytmihäiriöitä. Suurin osa sairauden fyysisistä oireista paranee henkilön toivuttua. Luustomuutoksista harvoin paranee kokonaan ja hampaiden kiilleauriot ovat parantumattomia. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 31.)

Sairauden alussa syömättömyydestä voi tulla niin kuin huumetta. Syöminen johtaa sairastuneella lihavaan, likaiseen, inhottavaan, rumaan oloon ja kaikki syöty ruoka tuntuu epäonnistumiselta. Ruokaan liittyvät ajatukset tuntuvat ohjailevan sairastuneen elämää. Sairastuneet saattavat myös etukäteen päättää, kuinka paljon heidän elimistönsä tarvitsee ravintoa. (Van der Ster 2005, 15-16.)

Aliravitsemustila aiheuttaa psyykkisiä muutoksia, kuten tunteiden vaimenemista, masennusta, riittämättömyyden tunnetta, mielialan vaihteluja, sosiaalista vetäytymistä, pakonomaista ruoan ajatteleminen. (Aalberg 2007, 267.) Painon laskiessa, sairastuneen ahdistus ja pakonomaiset toiminnot syömiseen ja painoon kasvavat. Pakko-oireet voivat myös liittyä siisteyteen ja puhtauteen. Rituaalit jotka liittyvät ruokailuun ovat merkinä tästä ahdistuksesta. Rituaali voi olla esimerkiksi ruoan pilkkominen sekä piilottaminen ja vain tietyistä astioista syöminen. Säännöt ja kiellot liittyvät myös pakkoajatuksiin. Tiettyjä kalorirajoja ei saa ylittää tai sääntönä voi olla syödä vähemmän kuin muut. Osalle sairastuneista muiden seurassa syöminen on helpompaa ja osa taas syö mieluiten yksin, jotta voi rauhassa keskittyä syömiseen ja toteuttaa rituaaleja. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 29.)

Alkuvaiheessa sairastunut alkaa myös suuntautua joko tai – ajatteluun, jossa henkilö esimerkiksi ajattelee, että kun ei syö mitään, laihtuu ja kun taas syö niin lihoo. Ihminen voi myös kilpailla itsensä kanssa ruokailun siirtämisellä, vedoten esimerkiksi siihen, että pyykkiä täytyy laittaa ensin. Siihen voi myös liittyä sairastuneiden tyypillinen käsitys siitä, että jos ei ole nälkä, niin lihoo. Sairastuneen mukaan ruoka täytyy ansaita. Usein myös sairastunut yliarvioi syömänsä ruuan määrän. (Van der Ster 2005, 16.)

Painon alhaalla pitämiseksi tarvitaan suunnaton määrä kontrollia. Laihuushäiriössä keskeiset asiat, joita sairastuneet kontrolloivat ovat rasva ja paino (Van der Ster 2005, 21). Syömättömyydellä nuori kokee voivansa saavuttaa itsenäisyyden tunteen. Nuori kontrolloi sekä itseään että ympärillä olevia ihmisiä ja ympäristöään. Sairastuneen kontrollointi herättää vastareaktioita vanhempien ja hoitotyön ammattilaisten kontrolloidessa nuorta myöhemmin hoidossa. (Aalberg & Siimes 2007, 267.) Sairastunut ei voi lähteä ystäviensä kanssa ravintolaan syömään, koska pelkää joutuvansa vahingossa syömään sellaista ruokaa, jonka sisällöstä ei tiedä (Van der Ster 2005, 19 ; Keski-Rahkonen ym. 2008, 29). Henkilö voi kontrolloida syömistään, koska luulee sillä pitävänsä pelkonsa loitolla. Pelot eivät kuitenkaan katoa tällä tavalla. Pelko voi olla esimerkiksi, että henkilö pelkää tutkia tunteitaan. (Van der Ster 2005, 21.) Opiskelu voi muuttua erittäin suorituskeskeiseksi, jossa vain täydelliset arvosanat kelpaavat. Koulutehtävien teko vie kaiken vapaa-ajan. Sairastunut voi myös vetäytyä ihmissuhteista ja vältellä muita ihmisiä. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 30-31.)

Sairastunut myös usein kieltää oman laihuutensa ja ongelmansa. Henkilö selittää nälkiintymistään ja sen kokemusta hyvinvointina. Sairauden kieltämisen vuoksi nuori ei tiedosta omaa on-

gelmaansa. (Aalberg 2007, 268.) Sairastuneen kehonkuva on vääristynyt joko siten, että hän näkee itsensä lihavampana kuin on, tai että hän ei vain tarvitse ruokaa. Syytä kehonkuvan vinoutumiseen ei tiedetä, mutta oletetaan että aivoissa tapahtuu aminohappojen virheellinen kytkentä, joka taas johtuu ravinnon puutteesta. Oman kehon näkemys riippuu potilaan psyykkisestä kunosta eivätkä kaikki päivät ole samanlaisia. Sairastuneella voi myös olla käsitys, että vaatekoko voi suurentua yhdessä yössä. (Van der Ster 2005, 34-35.)

Yksi anoreksian hoidon päätavoitteista on sairastuneen opettaminen toimimaan omana terapeutinaan ja työstämään elämäntilannettaan itsenäisesti (Keski-Rahkonen 2005, 71). Anoreksiaan sairastuneen potilaan hoidossa tähdätään ensisijaisesta aliravitsemustilan korjaamiseen ja syömisen normalisoimiseen, ja tämän jälkeen keskitytään enemmän potilaan psykososiaaliseen tervehtymiseen. Hoito koostuu ravitsemushoidosta, terapiasta ja tarvittaessa lääkehoidosta. Potilaat saattavat myös hyötyä fysioterapian ja toimintaterapian eri muodoista. Näitä ovat rentoutus- ja ruumiintuntemusharjoitukset tai ruoanvalmistuksen harjoittelu. Ensisijaisesti anoreksiaa pyritään hoitamaan avohoidossa, mutta henkeä uhkaavassa aliravitsemustilassa olevat potilaat otetaan sairaalahoitoon. Hoidossa on tärkeää yhteistyö potilaan kanssa sekä potilaalla oleva oma motivaatio. Anoreksiaan sairastuneiden yleisenä ongelmana onkin puutteellinen sairaudentunto, jolloin potilaan motivointiin voi mennä aikaa hoidon alussa. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005, 15.)

Kouluterveydenhoitajan tulee seurata nuoren kasvua ja kehitystä. Kun sen epäillään häiriytyneen, terveydenhoitaja on suuressa roolissa ongelmien varhaisessa havaitsemisessa. Kun terveydenhoitaja saa tiedon nuoren oireiluista, tulisi tämän järjestää tapaaminen ensitilassa. Vastaanotolla selvitetään nuoren elämäntilannetta, ruokailutottumuksia, liikuntaa sekä mielialaa. Punnitus ja mittaus tehdään myös tapaamisen yhteydessä. Jos näissä mittauksissa ei ilmene mitään huolestuttavaa, voi nuorelle sopia kontrollikäynnin. Puuttuminen ongelmaan varhaisessa vaiheessa ja puheeksiottaminen voivat korjata lieviä häiriöitä muutaman seurantakäynnin avulla. Huoltajaan terveydenhoitaja on yhteydessä nuoren suostumuksella. (Keski-Rahkonen 2005, 49-51.)

Kun kotona huomataan sairastuneella outoa käyttäytymistä ruokailuun liittyen, siihen olisi syytä puuttua ottamalla asia puheeksi. Sairastuneen kohtaamisessa on tärkeää osoittaa se, että kuuntelee nuorta ja ottaa vastaan hänen hätänsä. Sairastuneelle muodostuu turvan tunne, jos hän kokee tulleen ymmärretyksi ja hyväksytyksi. Tärkeää on myös muistaa, että sairastuneen käyttäytymistä ja mielialoja ohjailee anoreksia, tästä syystä nuori voi antaa ristiriitaisia signaaleja

ympäristölleen. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 83.) Syömishäiriöinen voi yrittää ohjailla perheen syömistä. Täytyy olla tarkkana, ettei syömishäiriö ala hallita koko perhettä, eikä nuori ole oikeutettu määräämään koko perheen ruokailua. Nuori voi yrittää hallita perheensä ruokailua esimerkiksi kevyttuotteiden ostamisella. Vanhempien olisi hyvä hoitaa kotona ruokaostokset ja ruuanlaitto niin kauan kuin nuori on sairas ja hänellä on epäterve kiinnostus ruuanlaittoon. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 87.) Ympäristö tukee nuoren paranemista sillä, ettei tuomitse tai syyttele sairastunutta. Paranemista voi heikentää se jos perheessä on kriisejä, tai perheenjäsenillä on riitoja keskenään. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 88.)

Perusterveydenhuollossa hoidetaan lieviä syömishäiriöitä. Painon pudotessa tai ongelman pysyessä nuori lähetetään jatkohoitoon. Syömishäiriöiden hoitoon perehtyneessä yksikössä nuorelle tehdään psyykkisen ja fyysisen terveydentilan arvio. (Keski-Rahkonen 2005, 51.) Sairaalahoitos-
sa nuoren hoitoon kuuluvat ruokailut, ryhmät ja keskustelut. Hoidossa korostuu myös yksilöllisyys. Osastolla tavoitteena on hoitaa fyysistä sekä psyykkistä tilaa rinnakkain. Tavoitteena on myös saada hallintaan esimerkiksi ruokaan liittyvät rituaalit tai pakonomainen liikunta. Tavoitteiden saavuttamiseksi nuorelle laaditaan ateriasuunnitelma, järjestetään säännöllisiä punnituksia ja laboratoriotestejä. (Keski-Rahkonen 2005, 62.)

Osastolla potilaan motivoinnissa ja hoitoon sitouttamisessa voi hyödyntää esimerkiksi hoitosopimuksia, jotka Kuosmanen (2000) tutkimuksen mukaan myös konkretisoivat potilaille osastolta saatavaa hoitoa. Tutkimuksessa potilaat kokivat tärkeäksi erityisesti sen, että sopimuksista voitiin neuvotella tarvittaessa ja että potilaille kerrottiin juuri heille sopivista hoitomuodoista. Erilaisten sopimusten tekeminen nähtiin tärkeänä osana hoitosopimuksen laatimista. Hoitosopimukseen laitettiin sopimukset ruokamääristä, jotka tuli syödä, ja kalorimäärät, jotka tuli saavuttaa vuorokauden aikana. Hoitosopimukseen sisällytettiin myös sopimukset lepoajoista ja ulkoiluajoista sekä elimistön toimintojen seuranta-ajankohdat. Elimistön toimintoja seurattiin mittaamalla ruumiin lämpötilaa, painoa ja verenpainetta. Erilaisiin toimintoihin osallistumista rajoittavat painorajat ja sopimukset kotilomille sisältyivät myös hoitosopimukseen. (Kuosmanen 2000, 30–32.)

Syömishäiriöiden hoitoon erikoistuneissa paikoissa hoito toteutetaan työryhmässä, kunnioittaen sovittuja hoitolinjoja. Tiimi voi koostua psykiatrasta, psykologista, sairaanhoitajasta, psykoterapeutista, sisätautilääkäristä, lastenlääkäristä, ravitsemusterapeutista, fysioterapeutista, toimintaterapeutista ja sosiaalityöntekijästä. (Viljanen ym. 2005, 15.)

Syömishäiriöpotilaan ravitsemushoito on moniammatillista tiimityötä. Ruokavalion suunnitteleminen kuuluu ravitsemusterapeutille, ja se suunnitellaan jokaiselle potilaalle yksilöllisesti potilaan kasvuvaiheen ja sairauden vakavuuden mukaan. Muita ravitsemusterapeutin tehtäviä ovat mm. ohjeistaa potilasta riittävän ravitsemuksen merkityksestä ja oikaista potilaan mahdollisesti vääristynyttä suhdetta ruokaan. (Ebeling, Järvi, Komulainen, Koskinen, Morin-Papunen, Rissanen, Tapanainen 2009, hakupäivä 28.11.2013.) Tavoitteena ravitsemushoidossa on aliravitsemustilan korjaaminen ja ruokavalion ja ruokailurytmin normalisoiminen. Kasvuiässä olevilla nuorilla lisäksi tavoitteena on kasvun turvaaminen. Yleensä potilaan ruokailutottumukset normalisoituvat vasta, kun aliravitsemustila on saatu korjattua ja potilaan paino saatu nousuun. (Viljanen ym. 2005, 20–21.) Aliravitsemustilan korjaamiseksi on tärkeää asettaa potilaalle tavoitepaino, joka työillä on vähintään se paino, jossa kuukautiskierron voi olettaa toimivan normaalisti. Tämä paino on keskimäärin 90 % pituudenmukaisesta keskipainosta. Potilaan painon noustessa tavoitepainoa nostetaan ja hoidon loppuvaiheessa voidaan jo tavoitella pituuden mukaista keskipainoa. (Ebeling ym. 2009, hakupäivä 28.11.2013.)

Jos anoreksian hoidossa aliravitsemustilaa lähdetään korjaamaan liian nopeasti, voi seurauksena olla refeeding-oireyhtymä. Aliravittu elimistö tottuu tulemaan toimeen vähäisellä energiamäärällä ja liian tehokkaan ravitsemushoidon aloittamisen on katsottu voivan aiheuttaa elimistöön ylikuormitustilan. Tähän refeeding-oireyhtymään sairastumisen riski kasvaa huonompikuntoisilla sairastuneilla, erityisesti jos painoindeksi on pienempi kuin 13 kg/m², sairastunut on paastonnut, ahminut tai oksennellut, käyttänyt ulostuslääkkeitä, kärsinyt aliravitsemustilassa pitkään tai jos nuori sairastaa diabetesta tai tulehdussairautta. Refeeding-oireyhtymä altistaa muun muassa maksan ja munuaisten toiminnan heikentymiselle. (Viljanen ym. 2005, 99.)

Sairastuneen psyykkisiä oireita hoidetaan, mutta niihin keskitytään enemmän vasta aliravitsemustilan korjaannuttua. (Ebeling ym. 2009, hakupäivä 28.11.2013.) Aiempien käsitysten mukaan laihuushäiriöistä kärsivälle ei kannata aloittaa psykoterapeuttista hoitoa ennen 17,5 kg/m²:n painoindeksin saavuttamista. Tämä johtui siitä, että potilaan ajattelukyvyyn ajateltiin olevan heikentynyt vaikean nälkiintymistilan tai tiheän ahmimisen ja oksentelun takia. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 55.) Nykyään ei suositella täysipainoista psykoterapiaa sairauden akuutissa vaiheessa. Kuitenkin psykoterapian tiedetään auttavan vakavasti aliravittujakin sairastuneita. Psykoterapia auttaa esimerkiksi anoreksiapotilaiden oireistaan luopumisen aiheuttamaa ahdistusta. (Ebeling ym. 2009, hakupäivä 28.11.2013.)

Anoreksiapotilaiden hoidossa suositellaan käytettävän kalsium- ja D-vitamiinivalmisteita (Ebeling ym. 2009, hakupäivä 28.11.2013). Kalsiumia ei tule käyttää raudan kanssa samaan aikaan, koska kalsium kelatoi raudan imeytymättömäksi. (Lehtovaara 2011, hakupäivä 23.2.2012.) Antipsykoottien ja SSRI-lääkkeiden eli selektiivisten serotoniinin takaisinoton estäjien on arvioitu lievittävän syömishäiriöiden oireita. Yhdestäkään lääkkeestä ei ole todettu olevan suoraa hyötyä anoreksian hoidossa. Masennuslääkkeistä voi olla apua potilaille, joilla anoreksian lisäksi on todettu masennusta. (Huttunen 2002, 264-265.)

Yleinen nykykäsitys paranemisesta on, että henkilö on biologisessa normaalipainossa, naisen kuukautiskierto on säännöllinen, sukupuolihormonitoiminta on normaali, ja henkilön suhde omaan kehoon ja painoon ei ole enää suuresti vääristynyt (Keski-Rahkonen ym. 2008, 70). Van der Ster määritteli vuonna 2005 anoreksiasta parantumisen. Hänen mielestään henkilö on vapaa syömishäiriöstä, kun hänellä ei ole fyysisiä oireita, jotka johtuvat ”terveellisestä” syömisestä ja hän jaksaa tehdä sen minkä haluaa. Henkilö syö nälkäänsä, syö kaikkea ruokaa tuntematta ahdistusta ja lopettaa syömisen kylläisyyden tunteeseen. Henkilö ei myöskään pakonomaisesti ajattele kaikkia päivän ruokailuja, vaan suhtautuu jokaiseen ateriaan uutena. Naisen kuukautiset ovat alkaneet uudelleen. (Van der Ster 2005, 24.) Lyhyen aikavälin ennuste on hyvä. Kahdelle tai kolmasosalle jää oireita useiksi vuosiksi. Krooniseksi tauti jää noin viidenneksellä sairastuneista (Aalberg 2007, 268). Vahvistettuja kriteerejä ei ole sille, milloin henkilö on parantunut syömishäiriöstä (Van der Ster 2005, 24). Useat sairastuneet pelkäävät voimakkaasti parantumista ja tilanteen muuttumista, koska henkilö ei tiedä, kuinka hän reagoi ja mitä se todellisuudessa merkitsee. Paraneminen vie myös aikaa, pitkään sairastaneille sairaudesta on tullut osa elämäntyilyä. (Van der Ster 2005, 25.)

Noin 80 % sairastuneista paranee siinä määrin, että voi elää normaalia elämää. Oireilun kesto voi kestää vuosia ja yleisimmän sairastumisajankohdan vuoksi sairastuminen voi viivästyttää opiskelua ja työelämään siirtymistä. Ensimmäisiä oireita paranemisesta ovat tiukan säännöstelyn väheneminen ja tämän myötä painon nousu. Paraneminen alkaa olla laaja-alaista, kun henkilön syömishäiriöön liittyvä käyttäytyminen ja fyysiset oireet alkavat olla hallinnassa. Psykykkiset oireet kuten ylikriittisyys ja vääristynyt kehonkuva korjaantuvat vasta hoidon päättymisen jälkeen. Lopullisen psyykkisen kuntoutumisen kesto voi olla monia vuosia. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 71.) Vähintään viisi nuorta vuosikymmenessä kuitenkin menehtyy anoreksiaan. Anoreksia on nuoruusiän vaikeimpia häiriöitä, jos kuolleisuutta pidetään kriteerinä. (Aalberg 2007, 268.)

2.3 Nuorten hoitotyö

Lasten ja nuorten hoitotyössä keskeistä on kuitenkin lapsi tai nuori, hänen yksilöllisyytensä ja oma käsityksensä terveydestä. Lapsen tai nuoren kehityksen ollessa kesken hänen päätöksentekomahdollisuutensa ja vastuun ottaminen omasta terveydestään voivat olla rajallisempia verrattuna aikuiseseen. Lapsen erottaminen nuoresta voi joskus olla ongelmallista, koska pelkkään ikään perustuva määrittely ei aina toimi johtuen ihmisten yksilöllisestä kehitystahdista. Aiemmin nuoruuteen laskettiin ikävuodet 13–19, koska niiden aikana tapahtuvat puberteetti ja yksilön itsenäistyminen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 217–219.) Lainsäädännön näkökulmasta esimerkiksi lastensuojelulaissa lapsena pidetään alle 18-vuotiasta ja nuorena 18–20-vuotiasta (Lastensuojelulaki 417/2007 1:6 §).

Nuorten hoitotyö terveydenhuollossa keskittyy lapsen kasvun ja kehityksen tiiviiseen seuraamiseen. Lapsiperheet saavat käyttää neuvolapalveluita, ja lapset pääsevät peruskoulun aloitettuun kouluterveydenhuollon pariin, jossa kasvun ja kehityksen seuranta jatkuu. Kouluilla on hyvät edellytykset tarkkailla lasten kehitystä ja siinä mahdollisesti tapahtuvia muutoksia, viettäväthän lapset koulussa paljon aikaa. Ihanteellisessa tilanteessa kouluterveydenhuollossa toimisi vuosia sama terveydenhoitaja, jolla olisi riittävät resurssit järjestää säännöllisiä terveystapaamisia oppilaille ja ylläpitää yhteistyötä oppilaiden, huoltajien, opettajien ja muiden oppilaiden elämään tiiviisti kuuluvien aikuisten kanssa. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 48-52.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrää, että alaikäistä hoidettaessa on otettava huomioon hänen mielipiteensä ja jossain tapauksissa potilas voi olla riittävän kehittynyt päättämään omasta hoidostaan. Tässä tapauksessa potilaalla on oikeus kieltää tietojen antaminen vanhemmille. Kehittyneisyyden arviointi kuuluu lääkärille. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 1: 7.9 § ; Aaltonen, Ojanen, Vihunen, Vilén 1999, 370-371.)

2.4 Nuoren hoitotyö kouluterveydenhuollossa

Suomessa kouluterveydenhuolto vastaa nuoren määräaikaista terveystarkastuksista. Terveystarkastuksen suorittama terveystarkastus kuuluu peruskoulun jokaiseen vuosiluokkaan. Laajempi terveystarkastus sijoittuu ensimmäiselle, viidennelle ja kahdeksannelle vuosiluokalle. Laajemmassa terveystarkastuksessa on mukana myös lääkärin tarkastus. (Mäki, Wikström, Hakulinen-

Viitanen & Laatikainen 2011, 14.) Terveystarkastaja kuuntelee, neuvoo sekä kannustaa asiakastaan parempaa elämänlaatua kohti (Ehrling & Rakkolainen 2008, 6).

Kasvun seuranta on keskeinen kouluterveydenhuollon tehtävä. Sen tavoite on kasvuun vaikuttavien sairauksien ja häiriöiden varhainen havaitseminen ja terveystiedon kerääminen. Kasvun seuraamiseen käytetään vertailustandardeja, kuten kasvukäyrät. (Mäki ym. 2011, 17.) Kasvun seurantaan kuuluvat painon ja pituuden arviointi ja mittaus. Nuorten kohdalla murrosiän kasvupyrähdys huomioidaan pituuskasvun arvioinnissa. Puberteettikehitys tulee arvioida ja nuoren kokonaistilanne ottaa huomioon. Jos pituuskasvu on poikkeavaa, sitä tulee seurata tiheästi. Tarvittaessa jatkohoitoon ohjataan lääkärin vastaanotolle. (Mäki ym. 2011, 22–23.) Painoa mitataan jotta saadaan tietoa ravitsemuksen tilasta ja sitä käytetään sairauksien diagnosoinnin apuvälineenä. Sillä pyritään myös ehkäisemään suurentuneen rasvakudoksen määrään liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia. Laihuuden syynä voi olla jokin yleissairaus, kilpirauhasen liikatoiminta, psykososiaaliset ongelmat, syömishäiriö, imeytymishäiriö tai puutteellinen ravitus. Painon huomattavasti laskiessa tai noustessa siihen tulee kiinnittää huomiota ja syy selvittää. (Mäki ym. 2011, 25–28.)

Nuoren terveystarkastuksessa tutkitaan vuosittain myös ryhtiä, puberteetin kehittymistä ja verenpainetta, (Mäki ym. 2011, 33–46.) Kiusaamiseen liittyvät asiat on hyvä ottaa puheeksi joka terveystarkastuksessa (Mäki ym. 2011, 134). Nuoren väri-, lähi- ja kaukonäkö tutkitaan 8. luokalla. (Mäki ym. 2011, 63–67.) Kouluterveydenhuolto vastaa myös 8. luokalla kuulon tutkimisesta audiometrillä. (Mäki 2011, 76.) Vahvuudet ja vaikeudet-kyselyä voidaan käyttää osana laajaa terveystarkastusta, esimerkiksi jos psykososiaalisen kehityksen epäillään häiriintyneen (Mäki ym. 2011, 108). 8. luokan terveystarkastukseen kuuluu myös RBDI-mielialakysely (Mäki ym. 2011, 115).

Terveystottumuksia arvioidaan ruokailutottumusten, fyysisen aktiivisuuden, unirytmien, suun terveyden, päihteidenkäytön ja tupakoinnin saralla. Asioista jutellaan nuoren kanssa. (Mäki ym. 2011, 147–173.) Seksuaalineuvonta kuuluu oleellisesti kouluterveydenhuollon tarkastuksiin. (Mäki ym. 2011, 179). Kouluterveydenhoitajan luokse tullaan myös esim. tapaturmien vuoksi. Kouluterveydenhoitaja tarjoaa neuvontaa tapaturmien ehkäisyyn. (Mäki ym. 2011, 186.) Tärkeää on myös havaintoihin perustuva kokonaisarvio vastaanotolla. Siinä hoitaja kokoaa yhteen mittaukset, keskustelut sekä omat havainnot. Myös vanhempien mielipide otetaan huomioon. Nuoren kokonaistilanteen arviointi auttaa luomaan perheen kanssa jatkosuunnitelmia, tukea tai hoitoa nuorel-

le. Jatkosuunnitelmia tehdään, jos terveystarkastuksessa ilmenee huoli fyysisestä, psykososiaalisesta kehityksestä, kehitysympäristöstä tai terveydestä. (Mäki ym. 2011, 191.) Terveystarkastajan kohdatessa ristiriitaisia asiakkaita, motivoiva haastattelu on todettu toimivaksi kohdatessa ja ohjauksessa. Motivoiva haastattelu pohjautuu työntekijän asiakasta kunnioittavaan vuorovaikutustyyliin. Terveystarkastaja ohjaa asiakasta tavoitteellisesti kohti muutosta ja vahvistaa muutosmotivaatiota. Motivoivaan haastatteluun ei kuulu pelottelu tai taivuttelu. (Ehrling & Rakkolainen 2008, 6–8).

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoitus on kuvailla nuorten anoreksian ennaltaehkäisyä ja varhaista havaitsemista kouluterveydenhuollossa työskentelevien terveydenhoitajien työskentelevien terveydenhoitajien kokemana.

Tutkimukseni tavoite on kehittää omaa ammatillista osaamistani nuorten hoitotyössä ja ennaltaehkäisevässä mielenterveystyössä. Sairauden sekä sairastuneen ymmärtäminen kokonaisvaltaisesti on oma oppimistavoitteeni. Tutkimuksen tavoitteena on myös tuottaa työelämään tutkimustuloksia, jotta hoitohenkilökunta saa tutkittua tietoa oman alueen hoitotyöstä sekä apuvälineitä sairastumisvaarassa olevien auttamiseen.

Tutkimuksessani tutkimustehtäviä on kaksi.

-Millaisia kokemuksia kouluterveydenhoitajilla on anoreksian ilmenemisestä ja tunnistamisesta vastaanotolla?

-Millaisia keinoja kouluterveydenhoitajat käyttävät sairastumisvaarassa olevan nuoren auttamiseen?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Metodologia

Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on kuvata todellista elämää. Pyrkimys laadullisessa tutkimuksessa on ymmärtää tutkittavaa ilmiötä kokonaisvaltaisesti. Kvalitatiivisen tutkimuksen pyrkimys on myös löytää ja tuoda esille tosiasioita tutkittavasta ilmiöstä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ihmisten tulkintojen, käsitysten sekä kokemusten kuvailu on tyypillistä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2007, 50). Valitsin kvalitatiivisen tutkimusotteen, koska haluan kokonaisvaltaisen käsityksen nuorten anoreksian ennaltaehkäisystä sekä varhaisesta havaitsemisesta kouluterveydenhuollossa. Laadullinen tutkimus sopii tutkimukseni lähtökohtiin, koska haluan kuvailla kouluterveydenhoitajien kokemuksia.

Kvalitatiivisen tutkimuksen piirteitä ovat kokonaisvaltaisuus ja subjektiivisuus eli se perustuu tutkittavan omiin kokemuksiin. Syvyys, monipuolisuus ja tulokset ovat ainutlaatuisia. Tiedonantajat valitaan tarkoituksenmukaisilla otoksilla ja aineisto kerätään melko strukturoimattomasti ja luonnollisissa tilanteissa ihmisen toimiessa tiedonkeruun välineenä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 56.) Tutkimukseni ilmiön luonteen ollessa arkaluontoinen, tutkimusotteen valinnassa on tärkeää, että se on pehmeä sekä joustava. Tutkimustulosten ainutlaatuisuus myös kiinnostaa minua. Pidän tärkeänä, että tutkimuksesta saadut tulokset ovat kokemuksellisia sekä rikkaita. Koen myös aineistonkeruun luonnollisuuden sekä tiedonantajien tarkan valinnan sopivana aiheelleni.

4.2 Tiedonantajien valinta

Tiedonantajien valinta laadullisessa tutkimuksessa tehdään tarkoituksenmukaisesti eikä siinä käytetä satunnaisotoksia (Hirsjärvi ym. 2007, 160). Laadullisessa tutkimuksessa tutkija valitsee tietoisesti tiedonantajat (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 85). Tutkimuksessani tiedonantajat valittiin tarkoituksenmukaisesti. Saatuaani tutkimusluvut, sain yhteistyötaholta terveydenhoitajien puhelinnumeroita. Pyrin löytämään tiedonantajia lähialueen koulu- tai opiskelijaterveydenhuollosta. Soitin suoraan terveydenhoitajille ja tiedustelin halukkuutta osallistua tutkimukseen. Tutkimukseeni osallistuvilta terveydenhoitajilta kysyttiin ovatko he kohdanneet anoreksiaan sairastuneita nuoria työssään. Kriteerit tiedonantajille olivat, että heidän tuli olla koh-

dannut anoreksiaan sairastuneita tai sairastumisvaarassa olevia nuoria työssään koulu- tai opiskelijaterveydenhuollossa. Kvalitatiivinen tutkimus keskittyy aineiston laatuun ja tavoitellaan teoreettista yleistettävyyttä. Laadukkaan aineiston saamiseksi tiedonantajien tulee olla tietoisia tutkimuksesta ja omata tietoa tutkittavasta ilmiöstä. (Kankkunen & Vehviläinen 2009, 83 ; Tuomi & Sarajärvi 2009, 85.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tiedonantaja voi olla vain muutama (Hirsjärvi, ym. 2007, 176). Tutkimuksessani tiedonantajien lukumäärä oli kolme terveydenhoitajaa. Kaikilla haastateltavilla oli kokemuksia tutkimusaiheesta.

4.3 Aineiston keruu ja tutkimusmenetelmä

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston keruussa on tärkeää korostaa menetelmiä, joissa tutkittavien näkökulmat pääsevät esille. Näitä metodeja ovat teemahaastattelu, osallistuva havainnointi, ryhmähaastattelut, tekstien ja dokumenttien analysoiminen. (Hirsjärvi ym. 2007, 160 ; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 93.) Näitä tutkimusmenetelmiä voidaan käyttää rinnan, eri tavoin yhdistettynä tai vaihtoehtoisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71). Tutkimuksessani keräsin aineistoa yksilöhaastattelun avulla. Yksilöhaastattelu sopii sensitiiviseen tutkimusaiheeseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 95).

Tein teemahaastattelun, joka on puolistrukturoitu haastattelu. Siinä pyritään saamaan vastauksia tutkimustehtäviin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75). Tutkimustehtävillä pyrin kartoittamaan kouluterveydenhoitajien kokemuksia anoreksian ilmenemisestä, tunnistamisesta sekä auttamismenetelmistä vastaanotolla. Teemahaastatteluni rakentui tutkimustehtävien ympärille. Tehtävät sisälsivät alakysymyksiä, alakysymykset oli muodostettu teemoista. Teemat on lueteltu teemaluettelossa (liite 3). Teemoja haastattelussani oli useita. Näihin kuuluivat haastateltavan oma kokemus sairastuneista tai sairastumisvaarassa olevista sekä sairauden ilmentyminen. Haastattelin myös hoitajan näkemyksiä varhaisoireista ja sairauden havaitsemisesta. Haastattelussa kartoitin haastateltavan käyttämiä auttamismenetelmiä työssään sairastumisvaarassa olevien kohtaamisessa. Haastattelussa pyrin myös saamaan tietoa sairastumisvaarassa olevien motivointikeinoista ja itsehoidosta. Näihin teemoihin kuuluvat myös haasteet vastaanotolla sekä jatkohoitoon ohjaus. Teemahaastattelussa halutaan kuvata tutkittavaa teemaa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 90). Teemahaastattelu sopi hyvin tutkimukseeni, koska halusin laajan kuvan tutkimukseni teemasta.

Tiedonantajille on järkevää antaa haastattelukysymykset etukäteen, jotta tutkittavasta ilmiöstä saataisiin mahdollisimman paljon tietoa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Sovin haastatteluajat puhelimitse haastateltavien kanssa ja lähetin heille saatekirjeen (liite 1) sekä suostumuslomakkeen (liite 2) sähköpostilla tutkimusta varten ennen haastattelua. Saatekirje sisälsi tietoja teemoista, joista haastattelu koostui. Haastattelut toteutuivat sovitusti.

Tein tutkimuksen esitestauksen esihaastatteluna yhteistyötahon kanssa. Yksi kolmesta haastattelusta toteutettiin esihaastatteluna. Tähän mukaan tuli myös saatekirjeen sekä suostumuslomakkeen testaus. Saatekirje ja suostumuslomake sisälsivät tietoa tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteista, tiedonkeruusta, anonymiteetin säilyttämisestä, teemojen pääsisällöistä, haastatteluun kuluva ajasta sekä kohdan, jossa tiedonantaja suostuu tutkimukseen. Esihaastattelun jälkeen sain palautetta, että kysymykset olivat hyviä ja eri puolilta aihetta. Esihaastattelutilanteessa haastattelu keskeytyi hetkeksi vastaanotolle tulleen henkilön vuoksi, mutta en usko sen vaikuttaneen tutkimukseeni.

Haastattelutyypissä aineiston keruun menetelmässä etuna on joustavuus. Tutkija voi toistaa kysymyksiä sekä tehdä tarkentavia kysymyksiä epäselväksi jääneistä asioista sekä käydä keskustelua tiedonantajan kanssa. Haastattelussa tavoitteena on saada paljon tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Havainnointia voi tehdä haastattelun rinnalla ja muistiin voi kirjoittaa myös vastaustavan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73 ; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 97.) Haastattelun edetessä toistin kysymyksiä sekä tein tarkentavia kysymyksiä. Haastattelut olivat keskustelunomaisia. Havainnoin haastattelun rinnalla aktiivisesti. Kirjoitin ylös muistiinpanoja mieleeni tulleista tarkentavista kysymyksistä, vastaustavasta sekä kohdista, joita haastateltavat nostivat esille.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston kokoaminen pyritään kokoamaan luonnollisissa sekä todellisissa tilanteissa (Hirsjärvi ym. 2007, 160). Pyrin luomaan kiireettömän ja rauhallisen haastattelutilanteen suljetussa huoneessa. Todellisen tilanteen mahdollistamiseksi haastattelut järjestettiin kouluterveydenhoitajien vastaanottohuoneissa keväällä 2013. Haastatteluhuoneen varattu valo laitettiin päälle haastattelun ajaksi. Haastatteluun varattiin riittävästi aikaa, joka tarkoitti puolesta tunnista tuntiin. Yhteen haastatteluun kului keskimäärin 40 minuuttia aikaa. Nauhoitin myös haastattelun, jotta sitä oli mahdollista kuunnella jälkeenpäin aineiston analyysivaiheessa. Haastattelin tiedonantajia tutkimusaiheeni ilmenemisestä terveydenhoitotyössä. Haastattelutilanne oli keskustelunomainen ja sisälsi tarkentavia kysymyksiä.

4.4 Aineiston analyysi

Käytin aineiston analyysiin sisällön analyysia. Sisällön analyysin avulla tutkimuksen tuloksia voi analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. Sitä on myös mahdollista käyttää tutkittavan ilmiön kuvailuun ja järjestelyyn. Sisällön analyysin avulla voi rakentaa malleja, jotka kuvaavat tutkittavaa ilmiötä tiiviissä muodossa ja jotka auttavat tutkittavan ilmiön käsitteellistämässä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

Ensimmäiseksi kuuntelin haastattelujen nauhoitukset. Sisällön analyysi aloitetaan litteroinnilla, tällä tarkoitetaan haastattelujen puhtaaksi kirjoittamista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 132). Haastattelujen jälkeen aloin mahdollisimman pian kirjoittaa auki haastattelujen nauhoituksia. Kuuntelin haastattelut useaan kertaan. Litteroitua haastattelujen aineistoa kertyi yhteensä 17 sivua. Fontin koko oli 11.

Käytin induktiivista lähestymistapaa aineistoon. Tällä tarkoitetaan, että analyysia lähestytään päättelyn sekä tutkimustehtävien kannalta (Kankkunen-Vehviläinen 2009, 134). Induktiivisessa sisällön analyysissa lähdetään liikkeelle pelkistämisestä. Sillä tarkoitetaan, että tutkimustehtäviin liittyvät aineistot koodataan ja kirjoitetaan tiiviiseen muotoon. Ryhmittelyssä pelkistetystä aineistosta yhdistetään ne asiat, jotka näyttävät kuuluvan yhteen. Ryhmittely koostuu pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksien ja yhtäläisyyksien etsimisestä, lopuksi kategorioille annetaan sisältöä kuvaava nimi. Jo tässä vaiheessa analyysia abstrahoidaan eli käsitteellistetään. Kategorioista muodostetaan yläkategorioita, jotka nimetään kuvaamaan sisältöä. Tätä jatketaan niin kauan, kun se on sisältöä katsoen mahdollista. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5–6.)

Litteroitua aineistoa käsittelin pelkistämällä sitä yksinkertaisempaan ja tiivistettyyn muotoon erilliseen Word-tiedostoon. Pelkistetystä aineistosta pöimuin samoihin ryhmiin yhteenkuuluvilta vaikuttavia asioita alakategorioiksi (liite 4). Annoin alakategorioille niitä kuvaavat nimet. Alakategorioista muodostin vielä pääkategorioita joille keksin yhteisen nimittäjän.

5 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTELMÄT

Tutkimukseni tutkimustulokset koostuvat kolmen kouluterveydenhoitajan kokemuksista, jotka he kertoivat haastattelutilanteessa. Haastatteleman kouluterveydenhoitajat olivat työtehtävissä peruskoulun tai lukion kouluterveydenhuollossa. Pelkistettyäni haastattelun sekä ryhmiteltyäni haastattelun aineistosta syntyi 5 pääluokkaa; sairauden ilmeneminen, tunnistaminen, sairastumisvaarassa olevat nuoret, auttamismenetelmät vastaanotolla sekä haasteet vastaanotolla. Näistä luokista muodostuivat tutkimukseni tulokset. Pää- ja alaluokkia havainnollistavat kuviot 1–5, jotka ovat liitteenä (LIITE 4).

5.1 Kouluterveydenhoitajien kokemukset anoreksian ilmenemisestä ja tunnistamisesta vastaanotolla

Sairauden tunnistaminen -pääluokka muodostui alaluokista psyykkiset ongelmat, fyysiset ongelmat ja sosiaaliset ongelmat. Sairauden ilmeneminen -pääluokka koostui alaluokista liitännäisoiireet ja nuoresta huolestuvat tahot. Katso kuviot 1–2.

Kaikilla tutkimukseeni osallistuvilla tiedonantajilla oli kokemusta anoreksiasta sekä nuorista, joilla on syömiseen liittyviä ongelmia. Syömiseen liittyvät ongelmat tulivat ilmi kouluterveydenhoitajien kokemuksen mukaan usealla tavalla.

Terveystarkastuksessa kouluterveydenhoitaja huomasi nuoren painokäyrän olevan jyrkästi lasusuuntainen kasvukäyriä seuratessa. Keskusteluissa nuoren kanssa saattoi tulla ilmi painon jatkuva tarkkailu, vaikka fyysisiä merkkejä sairaudesta ei vielä ollutkaan. Nuori oli saattanut tuoda esille tarkoituksenmukaisen laihduttamisen keskustelun lomassa. Kaikkien kouluterveydenhoitajien kokemuksen mukaan mielialaongelmat tulevat myös ilmi keskustelussa nuoren kanssa, jolla on ongelmia syömisen kanssa.

”Nuorella oli sellainen mielikuva, että ahdistus, mitä he tuntevat lähtee pois kun paino saadaan laskemaan. Tällainen tavoitehan on täysin epärealistinen”

Vastaanotolle nuoret tulevat myös liitännäisoiroiden vuoksi. Tällaisia ovat päänsärky, kuukautisten loppuminen, väsymys ja voimattomuus. Jossain tapauksessa myös nuori itse oli tullut hakemaan apua ongelmaan syömisen kanssa.

Syömiseen liittyvät ongelmat tulevat esille myös muiden havaitsemana ja kertomana. Kouluhenkilökunnasta liikunnanopettajat, ryhmänohjaajat sekä opinto-ohjaaja ovat ilmaisseet huolensa nuoresta. Nuoren perhe sekä ystävät ovat tuoneet havaintojaan esille kouluterveydenhoitajille.

”Nuoren perhe voi myös tuoda ongelman esille, eräässä tapauksessa äiti otti yhteyttä. Kaverit elävät nuorta lähinnä ja kiinnittävät asioihin paljon huomiota.”

Kouluterveydenhoitajien mukaan sairauden raja ei ole mitenkään selkeä. Alkuvaiheessa sairaus ei välttämättä näy painossa. Nuoren kanssa keskusteluissa voi ilmetä ruoan suuri merkitys elämässä, vaikka paino ei vielä olekaan vaarallisen matala.

”Havaitsen sairauden tutustumalla vanhoihin tietoihin nuoresta, katson nuorta että miltä hän näyttää ja kuuntelen nuorta. Anoreksian varsinkin näkee ulkoisesti. Kun nuoren tilanne kartoitetaan niin sairauteen viittaavat asiat tulevat sille. Täytyy myös luottaa itseensä jos tulee tunne, ettei nuorella ole kaikki hyvin.”

Selkeitä sairauden fyysisiä merkkejä, joihin kouluterveydenhoitajat ovat törmänneet, on useita. He ovat kohdanneet nuoria, joiden paino on vaarallisen matala ja nuoren selkään kasvaa lanugokarvaa. Nuorilla on unihäiriöitä, univaikeuksia, kalpea iho, rytmihäiriöitä, kankeat nivelet ja väsymystä. Vakavasta tilanteesta kouluterveydenhoitajien mukaan kertoo matala pulssi. Hemoglobiini on kouluterveydenhoitajien kokemuksen mukaan ollut sekä matala että korkea tai normaali. Heidän mukaansa hemoglobiini on matala, jos nuori ei saa tarpeeksi ravintoaineita, mutta taas korkea jos nuori on kuiva.

”Kynnet voi olla siniset ja nuori voi häpeillä riisuuntumista. Nuoren selkäranka ja kylkiluut oli selkeästi näkyvillä ja selässä oli mustelmia niin kuin hän ois tehnyt kovasti vatsalihasliikkeitä selälleen.”

Sairaus näkyy myös nuorten sosiaalisessa käyttäytymisessä, josta he ovat kertoneet kouluterveydenhoitajalle. Nuoret kertovat välttelevänsä sosiaalisia tilanteita, joihin liittyy ruokailua. Nuoret ovat myös tuoneet esille sosiaalista eristäytymistä, kun urheilu hallitsee kaikkea vapaa-aikaa. Eräs kouluterveydenhoitaja on myös huomannut muutoksia nuoren pukeutumisessa ja ulkonäössä sairauden puhjettua.

Vastaanotolla sairastuneet nuoret tuovat hyvin usein esille myös ahdistusta ja masennusta.

”Nuori toi esille ahdistusta ja BDI-mielialakyselystä hän sai korkeat pisteet. Keskusteluissa tuli ilmi että nuori laskee kaloreita pakonomaisesti.”

5.2 Kouluterveydenhoitajien kokemukset anoreksiaan sairastumisvaarassa olevista nuorista

Sairastumisvaarassa olevat nuoret –pääluokka muodostui alaluokista taustatekijät, tyypilliset piirteet sekä ikä- ja sukupuolijakauma. Katso kuvio 3.

Haastatteluissa kouluterveydenhoitajat kertoivat kohdanneensa kaikenlaisia nuoria, jotka ovat sairastumisvaarassa. Kuitenkin jokaisen hoitajan kokemuksen mukaan tyypillinen sairastuva nuori on perfektionistinen, tunnollinen ja koulussa menestyvä. Nuori on myös voinut olla aktiiviurheilija tai taustalla on ollut koulukiusaamista, josta itsensä tarkkailu on lähtenyt liikkeelle.

Sukupuoli- ja ikäjakaumasta haastateltaessa kouluterveydenhoitajat kertoivat kohdanneensa pääosin naispuolisia sairastuneita, mutta joukkoon mahtuu miespuolisiakin. Kouluterveydenhoitajilla oli käsitys, että itse sairaus tulee ilmi viimeistään lukioiässä, vaikka ensimmäiset oireet voidaan huomata jo aiemmin peruskoulun loppupuolella.

”Kohdallani sairastuneet nuoret ovat olleet kasiluokkalaisia.”

Kouluterveydenhoitajat olivat varovaisia nimeämään tekijöitä, joiden vuoksi nuori oireilee. He kokivat vaikeana arvioida, mikä johtuu mistäkin. Usealla sairastuneella oli taustallaan koulukiusaamista ja stressitilanteita opiskeluun liittyen. Erään kouluterveydenhoitajan mukaan nuoren omista tunteista puhuminen ja tunteiden käsittely oli puutteellista, ja siitä seurannut paha olo ilmeni syömishäiriönä. Laihdutus oli myös saattanut lähteä liikkeelle perheen tai kaverin ilkeästä kommentista nuoren ulkonäköä kohtaan, jonkin ajan kuluttua laihduttaminen lähti hallinnasta. Ongelman taustaksi eräs kouluterveydenhoitaja nimesi sen, että aluksi nuori vain unohti syödä.

”Laihuuden ihannointi tulee niin vahvaksi kun netissä on toisten anorektikkojen sivuja, joista he lukevat vinkkejä laihdutukseen.”

Usealla nuorella, jonka kouluterveydenhoitajat olivat kohdanneet, oli taustallaan elämäntapahtumia kuten perheen sosiaaliset ongelmat, opiskelumuutos peruskoulusta lukioon tai itsenäistyminen.

5.3 Anoreksiaan sairastumisvaarassa olevan nuoren auttamismenetelmät kouluterveydenhoitajan vastaanotolla

Auttamismenetelmät vastaanotolla –pääluokka muodostui alaluokista keskustelu, hoidon jatkuvuuden toteutus, itsehoitoon ohjaus, perheen rooli hoidossa ja yhteistyökumppaneista. Katso kuvio 4.

Ensimmäiseksi keinoksi auttaa nuorta jokainen haastateltava nimesi keskustelun ja puheeksiotamisen. Jokainen kouluterveydenhoitaja koki välttämättömäksi uuden vastaanottoajan antamisen nuorelle. Moni hoitaja myös kertoi pyytävänsä nuorta täyttämään ravinto- sekä liikuntapäiväkirjoja.

Kaikki kouluterveydenhoitajat kokivat sairastuneen nuoren motivoinnin ja itsehoitoon ohjauksen haastavana. Aluksi nuoren tilanne kartoitetaan ja lievissä tapauksissa tilannetta seurataan kouluterveydenhoitajan vastaanotolla tehden yhdessä nuoren kanssa tavoitteita syömiseen ja liikkumiseen liittyen. Seuraavalla tapaamiskerralla mietitään, onko tavoitteisiin päästy ja miltä ne ovat tuntuneet.

Nuoren ajatusmaailma on usein vääristynyt. Kaikki kouluterveydenhoitajat käyttivät motivointikeinona ongelman konkretisoimista. He kertovat nuorille esimerkiksi, mitä kehossa tapahtuu, kun ravintoa saadaan liian vähän.

”Puhuttiin alhaisen painon vaikutuksesta hyvinvointiin ja terveyteen. Realisoin kans nuorta siten että kerroin kuvankäsittelystä mediassa. Nuori ei ollu koskaan ajatellu että kaikki mainoskuvat ovat käsiteltyjä eivätkä todellisia vartaloita. Teimme nuoren kanssa yhteistyössä realistisempia tavoitteita painon suhteen.”

Erään kouluterveydenhoitajan mukaan hyvin harvoin nuori huomaa avuntarpeensa. Hän kertoi, että voidaan tehdä 3 vuotta lukiossa töitä asian kanssa eikä se senkään jälkeen korjaannu. Yksi haastateltavistani kertoi lähtevänsä liikkeelle motivoivan haastattelun keinoin, laittaen näin nuoren miettimään omaa tilannettaan. Eräs kouluterveydenhoitaja korosti kokemuksen tuoneen hänelle varmuutta sairastuneen kohtaamisessa ja hoidossa.

Kaikki kouluterveydenhoitajat korostivat perheen roolia heti hoidon alussa. Vanhempien kanssa keskustelu ja tilanteen selvittely koettiin tärkeäksi.

"Jokainen vanhempi haluaa lapselleen parasta ja yrittää tukea parhaansa mukaan. Yleensä vanhemmat ovat kiitollisia että joku huolehtii heidän lapsensa asioista - -"

Muina yhteistyökumppaneina kouluterveydenhoitajat nimesivät koululääkäriä, terveyskeskuslääkäriä, ravitsemusterapeutin, kuraattorin, koulupsykologin, kouluissa toimivan psykiatrisen sairaanhoitajan, Lasten ja Nuorten Psykiatrisen tiimin sekä hammaslääkäriä. Painokontrollit toteutetaan kouluterveydenhuollossa ja tehdään yhteistyötä muiden tahojen kanssa. Tästä moniammatillisesta tiimistä muodostuu nuorelle tukiverkko, jossa perhekin on osallisena. Ravitsemusterapian koki eräs haastateltava ongelmallisena, koska hyötyäkseen siitä nuori tarvitsee jonkin verran motivaatiota. Jos nuori ei edes tiedosta tilannettaan, hyöty voi olla mitätön. Eräs kouluterveydenhoitaja kertoi että on myös joutunut lähettämään nuoren suoraan päivystykseen tilanteen ollessa niin vakava.

5.4 Haasteet anoreksiaan sairastuneen nuoren hoidossa kouluterveydenhoitajan näkökulmasta

Haasteet vastaanotolla -pääluokka muodostui alaluokista sairautentunnon puute, sairauden tunnistamisen vaikeus, jatkohoidon järjestäminen, koulutuksen puute, tiedonkatkokset terveystiedoissa. Katso kuvio 5.

Haastateltavien mukaan usein nuori ei ymmärrä syömisen olevan ongelmallista, vaikka nuori tarkkailee pakonomaisesti omaa syömistään. Eräs kouluterveydenhoitaja kertoi, että kun hän puhui nuorelle asiasta, nuori kertoi tiedostavansa asian, mutta ei voinut uskoa kuulemaansa. Nuori ei myöskään välttämättä pidä asian esille ottamisesta ja kieltää sairauden. Toinen haastateltava totesi, että kun nuori ihailee sitä, hän ei haluaakaan apua. Haasteena koettiin myös se, ettei nuori välttämättä ole rehellinen keskusteluissa.

"- määränpää, onnen lähde on siellä että paino on jossain tietyssä lukemassa"

Eräs kouluterveydenhoitaja kertoi myös tapauksesta, jossa vanhemmat eivät nähneet tilanteessa ongelmaa, vaikka paino oli vaarallisen alhaalla.

Kouluterveydenhoitajat olivat yhtä mieltä siitä, että fyysiset oireet voivat viitata paljon muuhunkin, nuoren tilannetta täytyy kartoittaa laajasti ennen johtopäätöksiä. Haastetta toi myös kouluterveydenhoitajien mukaan se, että syömishäiriöiden kirjo on todella laaja ja nuorilla on monenlaista on-

gelmaa syömiseen liittyen. Nuorella voi olla oiretta useasta eri syömishäiriöstä, välillä ahmitaan, herkutellaan, oksennetaan ja toisaalta yritetään syödä mahdollisimman terveellisesti ja vähän. Kouluruokaa ei syödä säännöllisesti ja nuori syö vasta, kun on nälkä.

Eräs kouluterveydenhoitaja kertoi myös, että ongelmat ovat kausittaisia ja syömishäiriöiden il-
maantuvuudessa on aikakausia, jolloin niitä ilmenee enemmän. Hänen mielestään ongelmat ovat
kuitenkin koko ajan lisääntymässä.

Haasteeksi kouluterveydenhoitajat ovat myös kokeneet jatkohoidon ja hoidon järjestämisen. Hoi-
tajien kokemuksen mukaan jatkohoitopaikkoja on nuorelle vaikeampi saada. Psykiatrisen hoidon
käynnit rajoittuvat tiettyyn määrään, eikä siellä ole mahdollista käydä esimerkiksi kolmea vuotta,
vaan psykiatrinen hoito rajoittuu tiettyyn kertamäärään. Pitempiaikainen hoito koettiin haasteena,
sillä kouluterveydenhoitajien kokemusten mukaan syömishäiriöstä paraneminen on pitkäaikainen
prosessi. Eräs kouluterveydenhoitaja kertoi myös, että jatkohoitopaikasta oli tullut useasti palau-
tetta. Palautteessa on todettu, että nuoren tilanne ei vaikuta vielä niin vakavalta, että hän kuului-
sin kyseisen jatkohoidon asiakkaaksi. Tällaisissa tilanteissa, kun asiat eivät mene kuin toivoisi,
terveydenhoitaja tuntee olonsa välillä neuvottomaksi. Koululääkärien resurssien puute koettiin
myös kouluterveydenhoitajien keskuudessa haasteena, vaikka silloin voikin olla yhteydessä ter-
veysaseman lääkäriin.

Haasteena eräs hoitaja koki sen, että sairaus on psykiatrinen, joten siinä tarvitaan psykiatrista
osaamista. Hän koki myös, että sairastuneen nuoren ajattelumaailma on niin monimutkainen, että
sitä on hoitajana välillä vaikea ymmärtää. Erään kouluterveydenhoitajan mukaan terveystietojen
siirtyminen peruskoulusta lukioon on ollut puutteellista. Lukiossa hän koki asioiden lähtevän taas
alusta liikkeelle, vaikka nuoren tilanteeseen olisi jo peruskoulun puolella puututtu.

6 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimukseni tarkoitus oli kuvailla nuorten anoreksian ennaltaehkäisyä ja varhaista havaitsemista kouluterveydenhuollossa työskentelevien terveydenhoitajien kokemana. Kaikki haastateltavani olivat kohdanneet anoreksiaan sairastumisvaarassa olevia nuoria työssään ja heillä oli vaihteleva määrä työkokemusvuosia.

Suurin osa anoreksiapotilaiden kuolemista sijoittuu kymmenen vuoden sisään hoidon alkamisesta. Tämän vuoksi varhainen havaitseminen ja puuttuminen on erityisen tärkeää. (Franko, Keshaviah, Eddy, Krishna, Davis, Keel, Herzog 2013, 917–925.) Tutkimukseni ensimmäiset pääluokat sairauden ilmeneminen ja tunnistaminen toivat esille ongelmien syömisen kanssa yleistyvän. Ongelmat havaitaan terveystarkastuksissa tai nuoren tullessa liitännäisoireiden vuoksi vastaanotolle. Myös koulun muu henkilökunta tai nuoren läheiset tuovat esille huolta nuoresta. Savukosken (2008) tutkimuksen mukaan opettajat ovat usein ensimmäisiä henkilöitä, jotka huomaavat nuoren käytöksen muuttuneen. He näkevät nuorta päivittäin koulussa. (Savukoski 2008, 250.) Haastattelemani kouluterveydenhoitajat tunnistavat sairauden nuoren kokonaistilanteen kartoituksella sekä ollessa vuorovaikutuksessa nuoren kanssa. Pekkarisen (2007) tutkimuksen tulokset kertovat myös kouluterveydenhoitajan olevan avainasemassa ongelman varhaisessa havaitsemisessa ja varhaisessa puuttumisessa. Tutkimuksessa haastateltu kouluterveydenhoitaja kertoi myös pyytävänsä nuoren juttelemaan vastaanotolleen mahdollisimman pian huolen herättyä ja ottavansa syömishäiriö asian rohkeasti puheeksi. (Pekkarinen 2007, 62.)

Sairaus on tunnistettavissa psyykkisistä, fyysistä kuin myös sosiaalisista ongelmista tai muutoksista. Sairastumisvaarassa olevilla nuorilla on myös kouluterveydenhoitajien mukaan yhteneväisiä piirteitä, taustalla voi olla koulukiusaamista tai erilaisia elämäntapahtumia. Anoreksian ja muiden syömishäiriöiden taustalla on todettu olevan monia syitä, mutta selkeää yksittäistä asiaa ei ole pystytty todistamaan. Laihduttaminen on aina pohjalla, mutta siihen vaikuttavat useat syyt perheestä, mediasta, ruokailutottumuksista, huonosta itsetunnosta sekä kiusatuksi tulemisesta lähtien. (Gilbert 2005, 33–34.) Savukosken (2008) tutkimus tukee tutkimuksessani esille tulleita tekijöitä anoreksian taustalla. Anoreksiaan sairastumisen taustalla oli usein perheen sisäisiä ongelmia, kyvyttömyyttä kontrolloida ristiriitoja, heikentynyt kyky oman elämän hallintaan, ruuan ja liikunnan ylikorostunut merkitys, median luoman kauneuskäsityksen ihannointia ja traumaattisia kokemuksia. (Savukoski 2008, 77–101.) Tyypilliset nuoret ovat tunnollisia ja täydellisyyttä tavoitte-

levia. Tutkimukseni haastateltavien mukaan anoreksian varhaiset merkit ovat olleet havaittavissa ja yläasteella, vaikka sairaus olisi ilmennyt vasta lukioiässä.

Auttamismenetelmät vastaanotolla ja ennaltaehkäisyyn auttamismenetelmät koostuvat kouluterveydenhoitajien mukaan ongelman puheeksiottamisesta ja keskustelusta nuoren kanssa. Ongelmien ja terveysvaikutuksien konkretisointi kuului myös kaikkien kouluterveydenhoitajien auttamismenetelmiin, kuin myös motivointi ja itsehoitoon ohjaus. Varhaisessa vaiheessa perheen mukaan ottamisen kouluterveydenhoitajat kokivat tärkeänä sekä moniammatillisen tiimin muodostaminen nuoren tukiverkoksi. Savukoski (2008) toteaa tutkimuksessaan, että vanhempien mukana olo on sairastuneelle tärkeää. Normaali perhe-elämä tukee paranemista ja paluuta normaaliin arkeen. Myös koko perhe voi tarvita tukea sairastuneen kanssa elämisessä. (Savukoski 2008, 247.)

Haasteiksi sairauden ennaltaehkäisyssä ja varhaisessa havaitsemisessa kouluterveydenhoitajat kokivat sairauden tunnistamisen, nuoren sairautentunnon puutteen, jatkohoidon järjestämisen, koulutuksen puutteen ja tietokatkojen nuoren terveystiedoissa. Tukkikoski (2009) toteaa myös tutkimuksessaan nuorten ongelmien lisääntyvän ja kouluterveydenhoitajat kokevat haasteita töissään lähes päivittäin (Tukkikoski 2009, 88). Syömishäiriöihin on olemassa paljon tehokkaita hoitomuotoja, mutta ne eivät ole kaikkien saatavilla. Suomessa terveydenhuolto tunnistaa vain puolet syömishäiriötapauksista. (Keski-Rahkonen 2010, 2213.) Sairauden havaitseminen on erittäin haasteellista. Kouluterveydenhoitajilla ei myöskään ollut käytössään syömishäiriöseuloja, näitä he kaipasivat hoitotyönsä tueksi. Työkokemuksen tuoma varmuus ja osaaminen koettiin voimavarana sairastuneen kohtaamisessa.

Tutkimukseni ja aiempien tutkimusten perusteella voidaan tehdä johtopäätelmiä. Koulun henkilökunta, erityisesti opettajat ovat avainasemassa huomaamaan sairauden merkit nuorella. Kouluterveydenhoitaja on avainasemassa havaitsemisessa, tunnistamisessa ja puuttumisessa nuorten anoreksiaan. Laihduttamisen taustalla olevat syyt ovat usein elämäntapahtumat, perheen ja ystävien kommentit sekä kiusaaminen. Ensimmäisiä auttamiskeinoja on ongelman puheeksiottaminen ja nuoren kanssa keskustelu. Perheen rooli hoidossa ja parantumisessa on tärkeää. Nuorten ongelmat lisääntyvät jatkuvasti ja kouluterveydenhoitajat kokevat enemmän haasteita työssään. Nuorten anoreksian tunnistaminen on haasteellista.

7 POHDINTA

7.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyydelle on vaatimuksia. Tutkijan täytyy olla kiinnostunut tiedonhankinnasta sekä perehtynyt tutkittavaan aiheeseen. Tutkijan tulee olla rehellinen tutkimuksensa kaikissa vaiheissa ja ihmisarvoa tulee kunnioittaa tutkimusta tehdessä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172.) Olen perehtynyt tutkimusaiheeseeni valmistavassa seminaarissa perehtymällä teoria-tietoon. Valmistavassa seminaarissa käsiteltiin nuoruutta kehitysvaiheena, anoreksiaa yleisesti, sen syntymistä, havaitsemista, hoitopolkua sekä parantumista. Yhteistyötaholta anoin tutkimusluvat tutkimuslupahakemuksella. Tutkimuksessani pyrin rehellisyyteen ja kohtelin tiedonantajia kohteliaasti sekä arvokkaasti. Tutkimuksessani pyrin käyttämään tuoreita lähteitä sekä hyödyntämään aiheesta löytyvää englanninkielistä lähdeaineistoa.

Tutkimuksen eettisyydessä otin huomioon itsemääräämisoikeuden. Tiedonantajat saivat itse valita, osallistuvatko tutkimukseen. (Hirsjärvi ym. 2007, 25.) Ihmiseen kohdistuvassa tutkimuksessa tulee tiedonantajille kertoa tutkimuksesta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 174.) Tiedonantajat saivat tietää tutkimukseni tavoitteet, tutkimusmenetelmät sekä mihin tutkimustuloksia käytetään.

Eettisyys varmistetaan myös sillä, että kerrotaan tiedonantajille haastattelun aiheesta ennen varsinaista haastattelua (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Kerroin tiedonantajille omasta tutkimuksestani sekä haastattelusta ennen haastattelutilannetta saatekirjeessä ja puhelimesta. Tiedonantajat saivat myös näin tutustua haastattelukysymyksiin etukäteen. Saatekirjeen mukaan tuli myös suostumuslomake tiedonantajille. Saatekirjeen tulee olla neutraali ja asiallinen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177.) Tiedonantajat allekirjoittivat myös suostumuslomakkeen haastattelun toteutusta varten. Osallistuminen tutkimukseen tulee perustua aina tietoiseen suostumukseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 178). Hain tutkimusluvan ja haastatteluluvat tutkimukselleni yhteistyötaholta. Tutkimuslupa haettiin lupahakemuslomakkeella. Tutkimuslupa tarvitaan yleensä tutkimusta varten (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 184). Tutkimuslupa-anomus sisälsi tiedot tutkimuksesta, tutkijasta ja ohjaajien tiedot sekä kohdan tutkimusluvan myöntämiselle.

Anonymiteetin säilyttäminen läpi tutkimuksen on tärkeä asia. Tutkimustiedot eivät päädy tutkimuksen ulkopuolisten käsiin. Esimerkiksi alkuperäisilmauksia haastattelussa lyhennetään ja käännetään yleiskielelle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179). Tutkimuksessani pidin tutkimustietojani lukitussa laatikossa ja salasanalla suojatussa kansiossa. Persoonallisia ja tunnistettavia vastauksia käänsin tarvittaessa yleiskielelle, jotta anonymiteetti säilyy.

Tutkimusta tehdessä tulee ottaa huomioon erilaisia eettisiä periaatteita. Tutkimuksessa eettisyyttä vaarantavat plagiointi, tulosten liika yleistäminen kriittittömästi ja muun muassa harhaanjohtava raportointi. Plagioinnilla tarkoitetaan toimintaa, jossa toisen teksti esitetään itse tuotettuna (Hirsjärvi ym. 2007, 26–27.) Tutkimuksessani varmistin eettisyyttä sillä, etten plagioinut toisten tekstejä. Pysin esittämään tutkimustulokseni kriittisesti ja arvioimaan niitä. Raportoinnin tein huolellisesti.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta parantaa uskottavuus. Uskottavuuden saavuttamiseksi tulosten on oltava kuvattu selkeästi. Lukijan tulee ymmärtää, miten tutkimustuloksiin on päästy sekä mitä mahdollisia rajoitteita ja vahvuuksia tutkimuksella on. Uskottavuutta voi myös parantaa tutkijan muodostamien kategorioiden kattaessa mahdollisimman suuren osan aineistosta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160). Tutkijana takaan uskottavuutta kuvaamalla analyysin mahdollisimman tarkasti. Luokituksia muodostaessani pyrin kattamaan aineiston kokonaisvaltaisesti.

Siirrettävyyteen tulee myös laadullista tutkimusta tehdessä kiinnittää huomiota. Siirrettävyys varmistetaan tutkimuksen vaiheiden tarkalla kuvauksella (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160). Tämän varmistamiseksi kuvasin tarkasti kaikki vaiheet osallistujien valinnasta alkaen tutkimustuloksiin, kuitenkin anonymiteetin säilyttäen.

Luotettavuutta parantaa se, että tiedonantajien henkilöllisyys ei paljastu (Tuomi & Sarajärvi 2009, 141). Tutkimusta tehdessäni huolehdin, ettei tiedonantajien henkilöllisyys paljastunut. Tiedonantajan nimi tai työpaikka ei tule ilmi tutkimuksessani. Myös liian persoonalliset vastaukset kirjoitin yleiskielisiksi.

Tutkimukseni luotettavuuden varmistin tiedonantajien valinnalla. Tiedonantajien tuli olla kohdanut sairastumisvaarassa olevia nuoria työssään koulu- tai opiskelijaterveydenhuollossa. Heillä oli siis käytännön kokemusta asiasta, mikä parantaa luotettavuutta.

Luotettavuus laadullisessa tutkimuksessa taataan myös selostamalla tarkkaan tutkimuksen toteutuksesta (Hirsjärvi ym. 2007, 232). Kerroin yksityiskohtaisesti haastattelupaikasta, haastatteluun käytetystä ajasta sekä omista havainnoistani, kuitenkin anonymisti paikkaa tai tiedonantajaa paljastamatta. Peilasin tutkimustuloksia aiemmin tehtyihin tutkimuksiin.

Kun kyseessä on teemahaastattelu, koehaastattelu varmentaa kysymysten yksiselitteisyyttä sekä ymmärrettävyyttä ja tätä kautta myös luotettavuutta (Vilka 2005, 109.) Tein esihaastattelun, jotta minun oli mahdollista testata saatekirjettä, harjoitella haastattelua ja varmentaa kysymysteni ymmärrettävyyttä ja yksiselitteisyyttä. Esihaastattelun avulla sain varmuutta muihin haastatteluihin haastattelijana. Esihaastattelu auttoi myös jäsentämään esitettävien kysymysten järjestystä.

7.3 Omat oppimiskokemukset ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön tekeminen jatkui koko opiskelun ajan. Opinnäytetyön ideointi aloitettiin ideointityöpajoissa keväällä 2011. Valmistavan seminaarin eli teoriapohjan opinnäytetyölleni sain valmiiksi keväällä 2012. Teoriatietoa aiheestani oli saatavilla runsaasti, pyrin valitsemaan opinnäytetyötäni parhaiten palvelevat lähteet. Mielestäni lähteitä on riittävästi ja monipuolisesti. Ensimmäisenä opiskeluvuonna tiedonhankinnan kurssi opetti minulle erilaisten tietokantojen käyttöä ja opinnäytetyön kannalta olennaisen tiedon hakua. Käytin opinnäytetyön teossa apuna erilaisia tietokantoja ja internetistä. Lähdekirjoja löysin myös lähikirjastoista. Lähteisiini valitsin lakeja, kotimaisia ja ulkomaisia tutkimuksia, artikkeleita sekä oppaita. Opinnäytetyön tutkimussuunnitelman sain valmiiksi keväällä 2013, jolla anoin välittömästi tutkimuslupaa yhteistyötahoni. Tutkimusluvan sain keväällä 2013 ja aloin etsiä haastateltavia yhteistyössä yhteistyötahoni yhteyshenkilön kanssa. Sovin puhelimitse haastateltavien kanssa haastatteluajan ja paikan ja haastattelut toteutettiin kouluterveydenhoitajien vastaanotolla. Haastateltavia sain 3. Kesällä 2013 aloin haastattelujen puhtaaksikirjoittamisen ja aineiston analyysin, joka jatkui syksyyn 2013. Syksyllä 2013 viimeistelin opinnäytetyöni ja kirjoitin maturiteetin.

Koko opinnäytetyön prosessin ajan olen saanut ohjausta metodiohjaajaltani Tuula Nissiseltä sekä sisällönohjaajaltani Kaisa Koivistolta. Olen myös saanut vertaisarviointia toisilta opiskelijoilta.

Tehdessäni opinnäytetyötä opiskelujen ohessa se jäi välillä taka-alalle muun opiskelun vuoksi. Olisin voinut käyttää tutkimuspäiväkirjaa pitkän tutkimuksen vaiheiden tukena. Tutkimuspäiväkirjan avulla mieleen tulleita ideoita olisi voinut kirjata ylös. Asioiden mieleenpalauttaminen olisi myös ollut helppoa. Opinnäytetyön ollessa pitkä prosessi tutkimuspäiväkirja olisi tukenut työskentelyäni ja toiminut muistini tukena.

Oma ammatillinen osaamistani nuorten hoitotyössä on kehittynyt opinnäytetyön teon mukana. Nuorten hoitotyön tietämys on hyödyksi sairaanhoitajalle eri työkentillä. Nuoria on terveydenhuollon asiakkaina kaikkialla. Olen myös saanut apuvälineitä ennaltaehkäisevään mielenterveystyöhön. Olen suuntautunut kriittisesti sairaan potilaan hoitotyöhön ja työssä esimerkiksi päivystyksessä on mielestäni tärkeää tietää myös anoreksiasta. Olen myös oppinut kouluterveydenhoitajan työnkuvasta opinnäytetyöni myötä. Kouluterveydenhoitajan työnkuva on laaja. Se sisältää jatkuvaa ja kokonaisvaltaista arviointia asiakkaan terveydentilasta ja hoitotyön tarpeista. Olen oppinut lisää terveyden edistämisestä, jota voi soveltaa hoitoalalla usealle työkentälle. Anoreksia ja sen ilmeneminen nuorilla tuli myös hyvin tutuksi. Riippumatta työpaikasta mielenterveystyön osaaminen on tärkeää ja mielestäni se täydentää osaamistani sairaanhoitajana. Oppimistavoitteeni oli ymmärtää sairautta ja sairastunutta kokonaisvaltaisesti, mikä on toteutunut tutkimuksen myötä.

Opin kantamaan vastuun koko työstäni tehdessäni opinnäytetyön yksin sekä aikatauluttamaan sen. Sairanhoitajan työssä vastuu on suuri ja joissain paikoissa lääkärin ollessa poissa paikalta sairaanhoitajan vastuu korostuu. Aikataulutuksen oppimisesta on hyötyä hoitotyössä, asioita oppii laittamaan tärkeysjärjestykseen ja hoitamaan asiat ajallaan. Yllättävää sairastapahtumaa en ollut ottanut huomioon aikataulutuksessa, mutta siitä huolimatta sain työn tehtyä ajoissa. Yksin tehdessä opinnäytetyötä on myös saanut tehdä omaan tahtiin ja silloin, kun itselle tuntuu sopivalta. Koin yksin työn tekemisen sopivana minulle. Itsenäisesti tekeminen on parantanut itseluottamustani ja osaan tehdä itsenäisiä päätöksiä. Tiimityö olisi opettanut kompromissien tekemistä, neuvottelutaitoja ja sosiaalisia taitoja. Tiimityö on tärkeää sairaanhoitajan työssä, sillä työtä tehdään lähes aina moniammatillisissa tiimissä. Toisaalta olen opinnäytetyöprosessin aikana ollut yhteistyössä monen eri tahon kanssa. Yhteistyö on opettanut minulle vuorovaikutustaitoja ja yhteistyötaitoja.

Opin laadullisen tutkimuksen tekemisestä ja sen eri vaiheista. Osaan tulkita ja analysoida aineistoa tai tekstiä. Hoitotyössä tätä voi soveltaa esimerkiksi tulkittaessa lääkärin tekstejä. Haastatte-

leminen oli minulle aivan uusi asia. Opin haastattelun suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. Haastattelutilanteet olivat mielestäni mielenkiintoisia ja antoisia. Tulevassa työssäni sairaanhoitajana tulen tarvitsemaan haastattelutaitoa. Useassa työpaikassa potilaan haastattelu on tärkeä tekijä hoidontarpeen arvioinnissa ja esitietojen keruussa. Tutkimukseni on myös tuottanut työelämään tutkimustuloksia. Opinnäytetyöni kautta hoitohenkilökunta saa tutkittua tietoa hoitotyölleen.

Terveystenhoitajien jatkuva kouluttaminen on tärkeää. Mielestäni tutkimukseni tuo esille koulutuksen tarpeen nuorten anoreksian tiimoilta. Jatkotutkimusaiheeni tämän tutkimukseni perusteella on anoreksiaa ehkäisevien keinojen etsiminen. Anoreksiaan ja syömishäiriöihin sairastuneiden tunnistaminen on puutteellista. Jatkotutkimus voi käsitellä apuvälineitä varhaisen havaitsemisen tueksi, esimerkiksi syömishäiriöseulojen kehittämistä ja käyttöönottoa. Nuorten anoreksia koetaan vieläkin arkana aiheena, eräs haastateltava kertoi esimerkkejä nauhoituksen ulkopuolella, vaikka niitä pyydettiin itse nauhoitetussa haastattelutilanteessa. Vertailevalla tutkimuksella kouluterveydenhoitajille eri puolelta Suomea voisi saada tietoa eri alueen kouluterveydenhoitajien kokemuksista ja niiden mahdollisista eroavaisuuksista. Mielenkiintoista olisi myös saada tietoa sairastuneiden nuorten kokemuksista heidän sairautensa tunnistamisesta ja auttamismenetelmistä avohoidossa.

LÄHTEET

Aalberg, V. & Siimes, M. 2007. Lapsesta aikuiseksi – nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. 2. painos. Helsinki: Nemo

Aalto, M., Bäckmand, H., Haravuori, H., Lönnqvist, J., Marttunen, M., Melartin, T., Partanen, A., Partonen, T., Seppä, K., Suomalainen, A., Suokas, J., Suvisaari, J., Viertiö, S. & Vuorilehto, M. 2009. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen - Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Aaltonen, M., Ojanen, T., Vihunen, R. & Vilén, M. 2007. Nuoren aika. 2.-3. painos. Porvoo: Werner Söderströmin Osakeyhtiö

Ebeling, H., Järvi, L., Komulainen, J., Koskinen, M., Morin-Papunen, L., Rissanen, A. & Tapanainen, P. 2009. Syömishäiriöt (lapset ja nuoret). Käypä hoito. Hakupäivä 28.11.2013
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi33030>

Ehrling L., Rakkolainen M. (2008). Potilaan motivointi elämäntapamuutokseen. Motivoiva haastattelu terveydenhoitajan vastaanotolla. Terveydenhoitaja 41 (8), 6-8.

Franko, D., Keshaviah, A., Eddy, K., Krishna, M., Davis, M., Keel, P. & Herzog, D. 2013. A Longitudinal Investigation of Mortality in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. The American Journal Of Psychiatry. 170 (8), 917-925.

Gilbert, S. 2005. Counselling for eating disorders. 2nd edition. Great Britain: TJ International

Hautala, L., Alin, J., Liuksila, P-R., Räihä, H. & Saarijärvi, S. 2006. SCOFF-syömishäiriöseulan reliabiliteetti ja rakennevaliditeetti murrosikäisten koululaisten seulonnassa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 122 (17), 2137-2144.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi

Huttunen, M. 2002. Psykykenlääkeopas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy

Keski-Rahkonen, A. 2010. Syömishäiriöt – ohimenevä kiusa vai ikuinen riesa? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 126 (10), 2209-2213.

Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P. & Viljanen, R. 2008. Olen juuri syönyt – Läheiselläni on syömishäiriö. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Kuosmanen, P. 2000. Anorexia nervosaa sairastavan nuoren tukeminen nuorisopsykiatrisella osastolla. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kronqvist, E. & Pulkkinen, M. 2007. Kehityopsykologia - matkalla muutokseen. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoidotiede. 11 (1), 5-11.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Lastensuojelulaki 13.4.2007/417

Legroux-Gerot, I., Vignau, J., Collier, F. & Cortet, B. 2004. Bone loss associated with anorexia nervosa. Joint Bone Spine 2005. 72 (6), 489-495.

Lehtovaara, M. Hivenaineet ja kivennäisaineet. 2011. Hakupäivä 23.2.2012
<http://www.yliopistonapteekki.fi/fi/apteekkipalvelut/laakejaterveystieto/farmaseuttineuvoo/Pages/Hivenaineetjakivennaisaineet.aspx>

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY

Mäki, P., Wikström, K., Hakulinen-Viitanen, T. & Laatikainen, T. (toim.) 2011. Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa. Menetelmäkäsikirja. Tampere: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Pekkarinen, J. 2007. Tapaustutkimus nuorten naisten syömishäiriö- ja liikuntakokemuksista. Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteen laitos. Hakupäivä 18.9.2013
https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/9447/URN_NBN_fi_jyu-2007616.pdf?sequence=1

Raevuori, A., Niemelä, S., Keski-Rahkonen, A. & Sourander, A. 2009. Syömishäiriöiden varhaiset riskitekijät. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 125 (1), 44.

Savukoski, M. 2008. Vapaaksi anoreksian kahleista – Narratiivinen tutkimus selviytymispoluista. Rovaniemi: Lapin yliopistopaino

Salonen, J. 2011. Raudanpuuteanemia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Hakupäivä 20.2.2012
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00867

Suvisaari, J. & Suokas, J. 2009. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen – Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Tukkikoski, T. 2009. Terveydenhoitajan rooli ja yhteistyömuodot kouluterveydenhuollossa. Tampere: Tampereen yliopisto

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5., uudistettu laitos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Van der Ster, G. 2006. Lupa syödä – opas syömishäiriöiden hoitoon. Suom. Riitta Bergroth. Helsinki: Edita. Alkuperäisjulkaisu 2005.

Viljanen, R., Larjosto, M., Palva-Ahola, M. 2005. Syömishäiriön ravitsemushoito. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy

Vilkko-Riihelä, A. & Laine, V. 2012. Mielen maailma: 2. Kehityopsykologia. 5., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy

LIITTEET

LIITE 1: SAATEKIRJE TUTKIMUKSEEN OSALLISTUVALLE

LIITE 2: TIEDONANTAJAN SUOSTUMUS OPINNÄYTETYÖN AINEISTON KERUUTA VARTEN

LIITE 3: TEEMALUETTELO

LIITE 4: AINEISTON ANALYYSI

Hyvä kouluterveydenhoitaja,

Olen tekemässä opinnäytetyönäni tutkimusta nuorten anoreksian ennaltaehkäisystä ja varhaisesta havaitsemisesta kouluterveydenhuollossa. Tavoitteeni on kehittyä ammatillisesti nuorten hoitotyössä sekä tuoda työelämään tutkittua tietoa hoitoyöstä. Tarkoitukseni on tehdä teemahaastattelu. Haastattelussa tutkimustehtävät ovat sairastumisvaarassa olevien nuorten tunnistaminen ja auttamismenetelmät. Käsiteltäviä teemoja ovat mm. ilmaantuvuus, varhaisoireet, havaitseminen, nuoren motivointi, ennaltaehkäisyn auttamismenetelmät, itsehoito, jatkohoitoon ohjaus ja haasteet vastaanotolla.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, eikä henkilöllisyytesi tule missään vaiheessa esille. Voit myös muuttaa mieltäsi tutkimukseen osallistumisesta missä vaiheessa tutkimusta tahansa. Nauhoitan haastattelut omaa tutkimustani varten ja teen muistiinpanoja. Hävitän aineiston tulosten analysoinnin jälkeen.

Pyydän teitä ystävällisesti osallistumaan tutkimukseeni. Haastattelulle sovitaan aika ja siihen kuluu noin 30–60 minuuttia.

Jos teillä on jotain kysyttävää, vastaan mielelläni kysymyksiin.

Elisa Seppänen

Puh. nro / sähköposti

Hoitotyön koulutusohjelma

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIEDONANTAJAN SUOSTUMUS OPINNÄYTETYÖN AINEISTON KERUUTA VARTEN

Opinnäytetyön tekijä

Elisa Seppänen, Oulun seudun ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Opinnäytetyön ohjaajat

Tuula Nissinen ja Kaisa Koivisto, Oulun seudun ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Aineiston keruu

kevät 2013

Menetelmät

Teemahaastattelu

Opinnäytetyön tavoite/tarkoitus

Tuottaa työelämään tutkimustuloksia, jotta hoitohenkilökunta saa tutkittua tietoa hoitotyölleen ja apua sairauden ja sairastumisvaarassa olevien tunnistamiseen.

Opinnäytetyön tiedonantajana oleminen on täysin vapaaehtoista. Yksityisiä henkilöitä ei voi tunnistaa tutkimusraportista, eikä heidän nimeään tulla julkaisemaan ilman asianomaisen lupaa tutkimuksen missään vaiheessa. Suostun edellä mainittuihin aineistonkeruumenetelmiin.

Aika

/ 2013

Osallistujan nimi ja nimenselvennös

TEEMALUETTELO

1. Anoreksian kouluterveydenhoitajan vastaanotolla

- Anoreksian ilmaantuvuus, oma kokemus

-Sairastumisvaarassa olevat nuoret

-Anoreksian varhaisoireet

-Sairauden havaitseminen, sairauden tausta

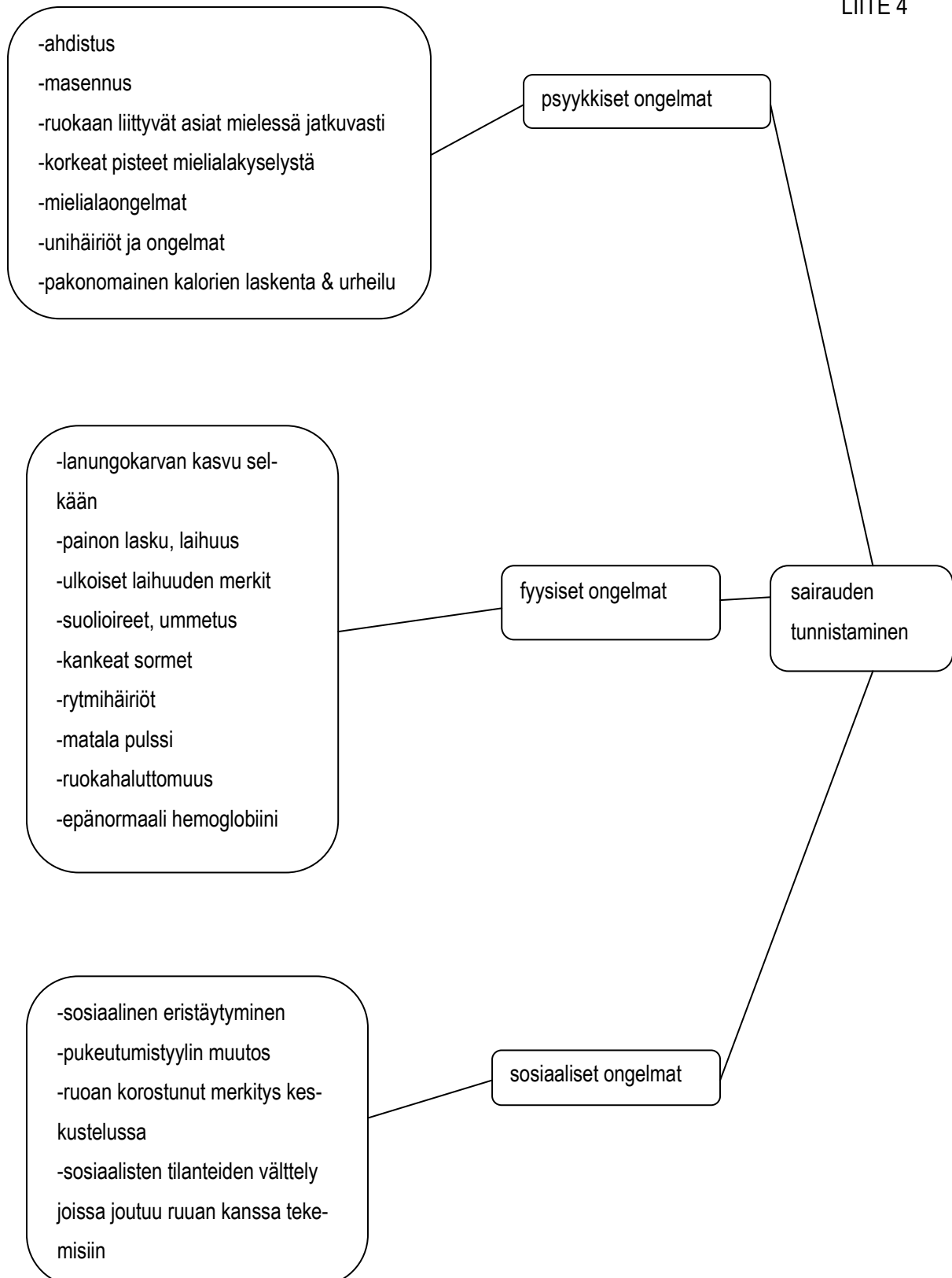
-Haasteet?

2. Kouluterveydenhoitajan keinot auttaa sairastumisvaarassa olevia

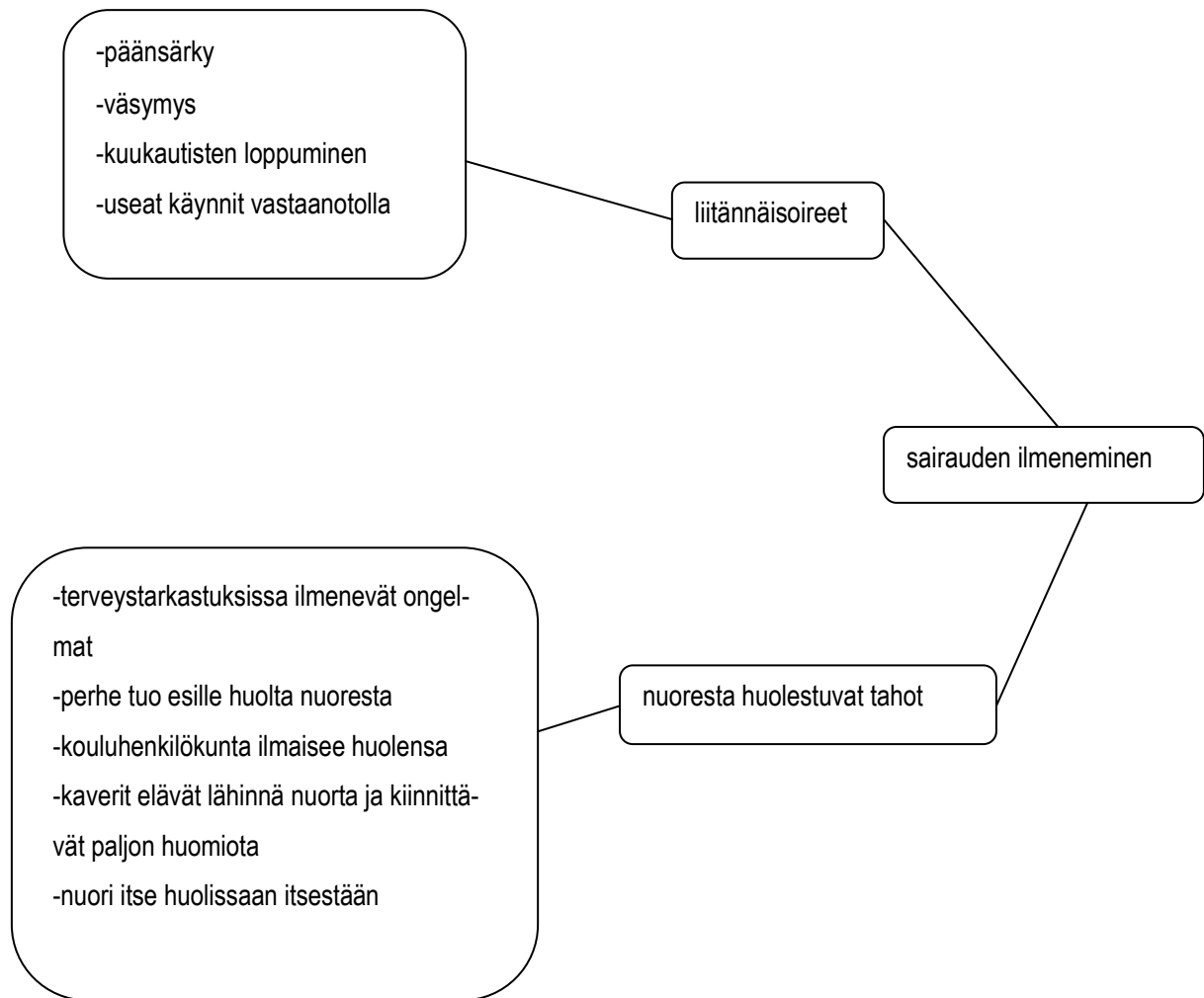
-Ennaltaehkäisyn auttamismenetelmiä/keinoja

-Sairastumisvaarassa olevan motivointi ja itsehoito

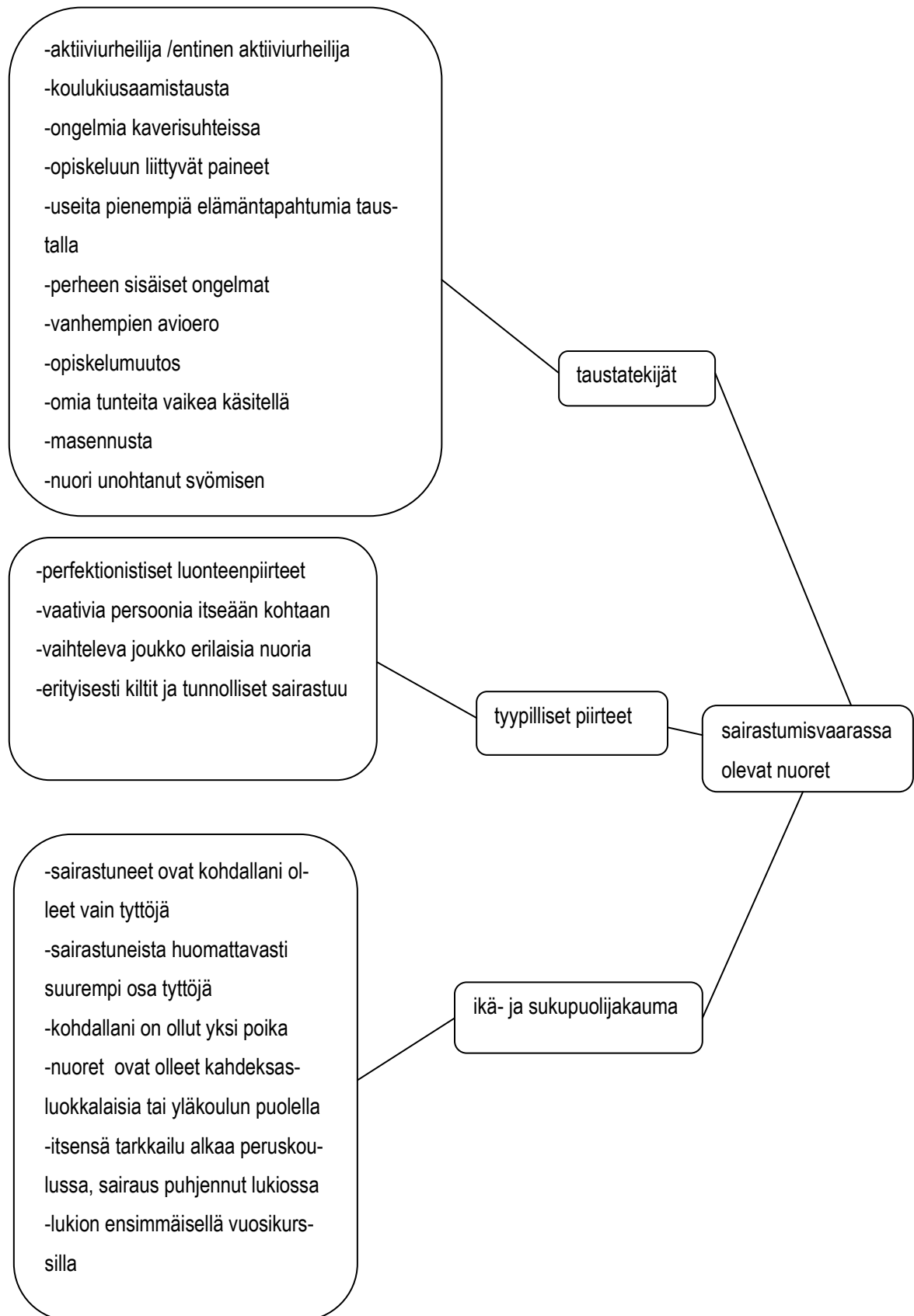
-Jatkohoitoon ohjaus



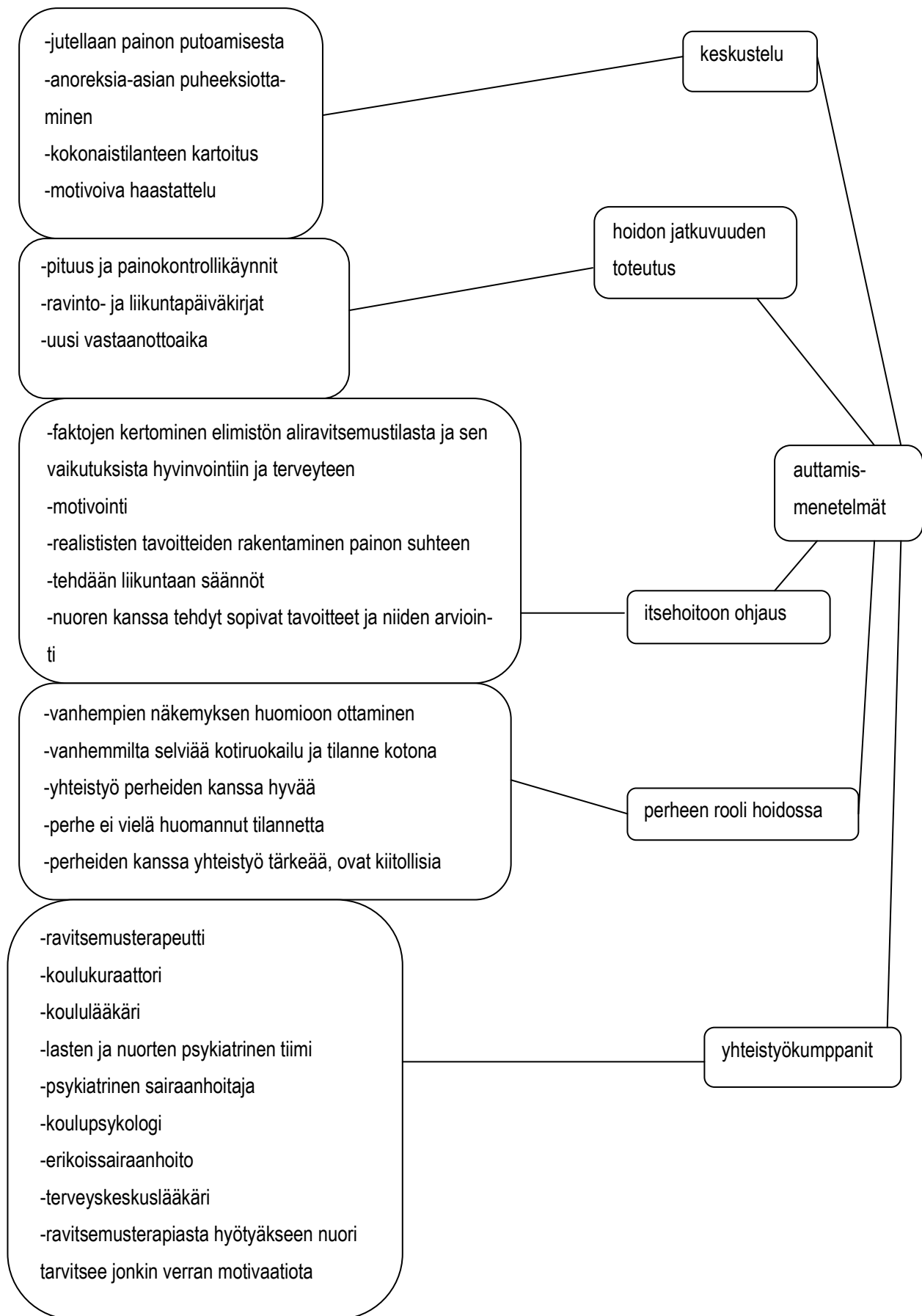
KUVIO 1: Sairauden tunnistaminen



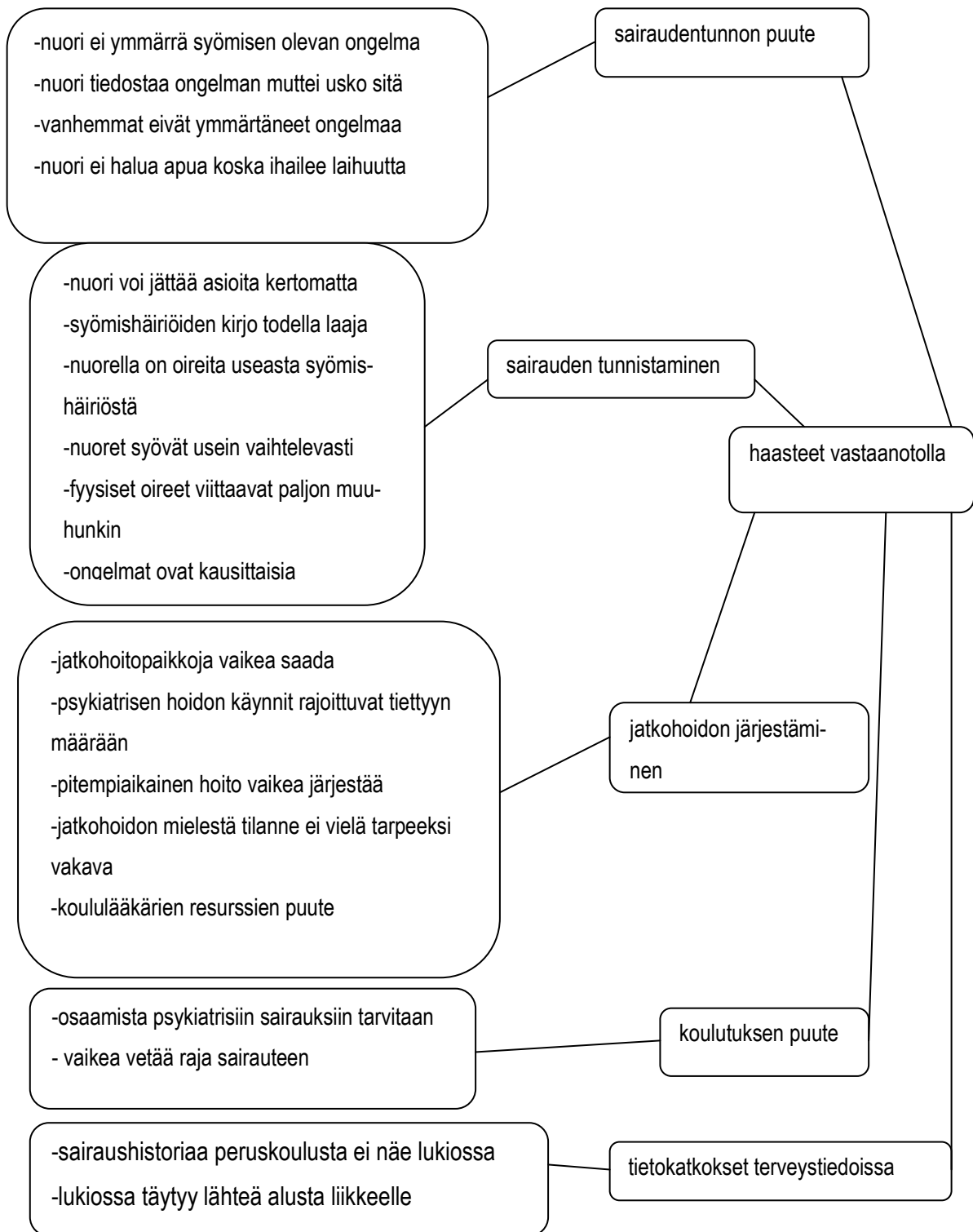
KUVIO 2. Sairauden ilmeneminen



KUVIO 3. Sairastumisvaarassa olevat nuoret



KUVIO 4. Auttamismenetelmät vastaanotolla



KUVIO 5. Haasteet vastaanotolla